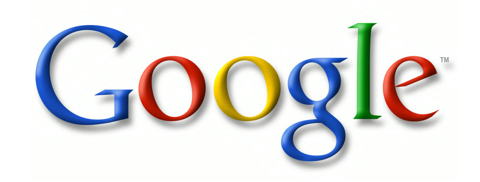
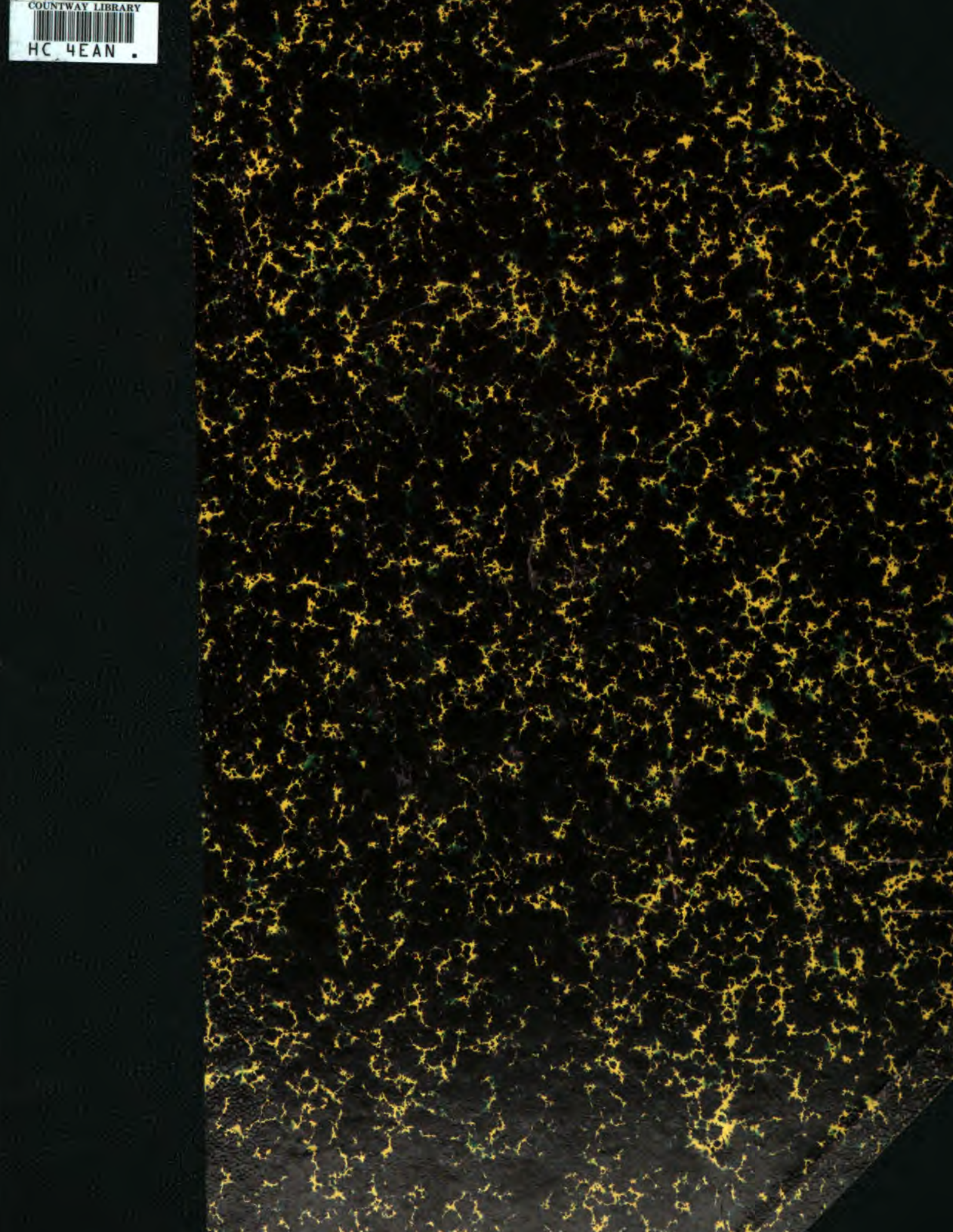
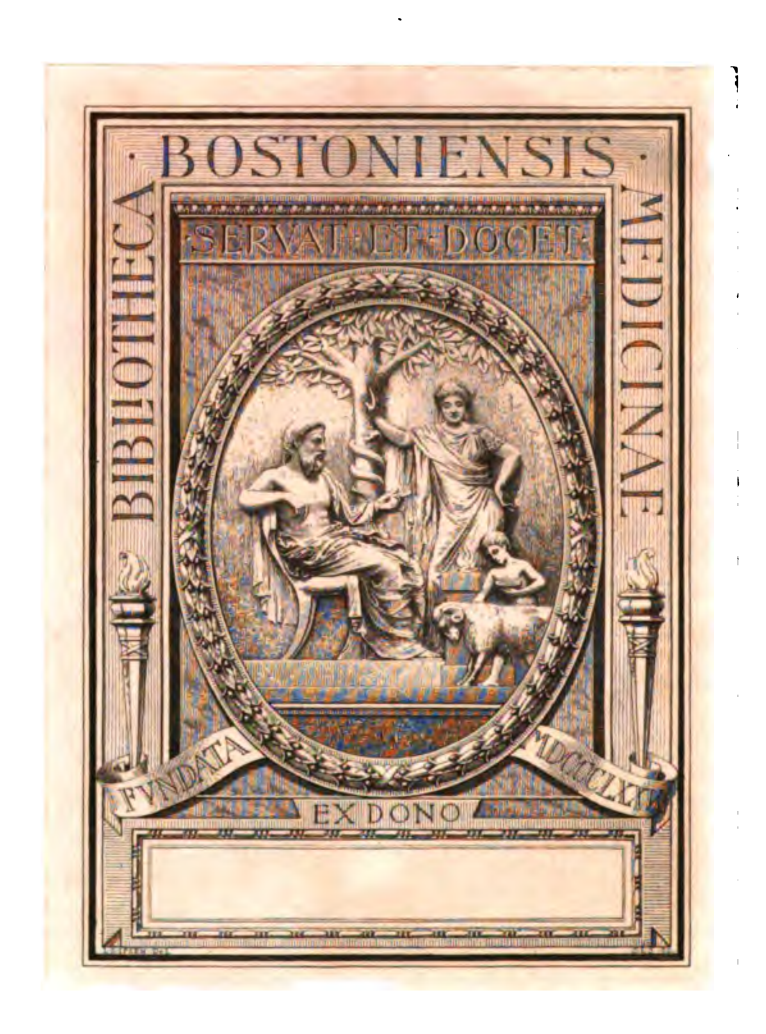



COUNTWAY LIBRARY
HC 4EAN .


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXX
EX DONO

ÉCHO MÉDICAL DU NORD

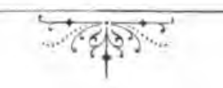
L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ANNÉE 1899

COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1899 :

MM. Arnould ; Ausset ; Bédart ; Bommier ; Bouriez ; Bournoville ; Brongniart ; Butruille ; Carlier ; Carrière ; Chancel ; Charmeil ; Colle (J.) ; Colle (P.) ; Combemale ; Decoopman ; Deléarde ; Derode ; Deroide ; Desoil ; Doizÿ ; Dransart ; Drucbert ; Dubar ; Dupré ; Duvivier ; Folet ; Gaudier ; Grasset ; Gros ; Hérin ; Hèze ; Ingelrans ; Kéraval ; Lambret ; de Lapersonne ; de Lauwereyns de Roosendaele ; Mariau ; Marlier ; Masset ; Moty ; Mouton ; Oui ; Potel ; Raviart ; Ruyssen ; Sabouraud ; Surmont ; Tondeur ; Vanhersecke ; Vanverts ; Verdun ; Vermersch ; Verny ; Vrasse.



LILLE
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE LE BIGOT FRÈRES
Rue Nationale, 68, et rue Nicolas-Leblanc, 25.
1899

N° 103. Troisième Année, N° 1. Le Numéro : 10 centimes. 1er Janvier 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

La Rédaction

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1899

ABONNEMENTS. — Nous prions instamment nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir, aussitôt que possible, le montant de leur abonnement pour 1899, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passe le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste.

MODIFICATIONS. — Sur la demande de la plupart de nos lecteurs, le Comité de Rédaction de l'*Echo Médical du Nord* a résolu de modifier la composition habituelle du numéro.

A dater d'aujourd'hui le Bulletin de la semaine ne se trouve plus en tête du journal et est remplace par un Bulletin-Memento des Sociétés savantes, contenant le titre des communications les plus saillantes faites durant la semaine devant les Académies et Sociétés médicales parisiennes. Il est accordé d'autre part une large place aux analyses de travaux français et étrangers intéressants. Enfin, les comptes-rendus des séances de la Société centrale de médecine du Nord recevront, paraissant chaque quinzaine, une plus grande extension et la discussion, autant que possible, sera reproduite à côté de la communication.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique Médicale de la Charité
Service de M. le Professeur COMBEMALE

LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE
L'heure du médicament

Leçon recueillie par M. **Verhaeghe,** externe des hôpitaux.

MESSIEURS,

Je vous entretiendrai aujourd'hui d'une question de thérapeutique clinique, que j'estime importante et complexe, malgré le reproche de futilité que certains médecins ne craignent pas de lui attribuer ; je vous entretiendrai du moment de la journée où doivent être administrés les médicaments prescrits. Vous serez en effet à peine livrés à vos propres forces que cette question se dressera devant vous, avec d'autant plus d'insistance que le milieu social que vous visiterez sera plus élevé. Pour ne pas faire au hasard une réponse quelconque, quelques notions vous sont nécessaires comme viatique : je me propose de vous les donner aujourd'hui.

Pour prendre sur ce point les déterminations les plus justes, il n'est pas inutile de vous rappeler : 1° que les conventions sociales sur lesquelles repose la vie en commun, ont coupé la journée de vingt-quatre heures en différentes parties, consacrées à la table, au sommeil, au travail, etc. ; toutes, suivant la maladie à traiter, ne sont donc pas propices pour

absorber des médicaments ; 2° de plus, nos organes eux-mêmes ont leurs exigences, et ne fonctionnent pas toujours avec la même activité ; il en découle, aux périodes d'inactivité relative, une réceptivité moindre vis-à-vis de l'effet médicamenteux, et aussi un aide moindre pour la pénétration du médicament ; l'estomac, par exemple, a une sécrétion intermittente, dont la continuité, provoquée par l'ingestion de médicaments, devient vite un état morbide que l'on connaît bien sous le nom de gastrite médicamenteuse ; 3° enfin les médicaments ont eux-mêmes une manière d'agir : leur action n'est pas toujours immédiate : un certain temps est nécessaire parfois ; et encore certains ont-ils un effet éloigné et un effet prochain que l'on cherche à dissocier ; ensuite leurs effets locaux et leurs effets à distance ne sont pas à dédaigner pour la question qui nous occupe. L'heure à laquelle on doit prendre un médicament ne peut donc pas être indifférente, vous le voyez, Messieurs, à tenir compte, — et vous le devez — de ces raisons majeures.

Quand je parle de l'heure du médicament, vous avez compris qu'il s'agit surtout de médicaments ingérés ; néanmoins, cette question gagne à être étendue et à comprendre aussi tous les autres modes de pénétration dans l'économie de substances médicamenteuses. Quelques exemples vous montreront vite au reste que la chose s'applique à toute voie d'entrée.

L'injection hypodermique est susceptible en effet de certaines restrictions, sous le rapport de l'heure à laquelle on la pratique. Voici, en effet, la piqûre de morphine si répandue et si utile dans nombre de circonstances. A moins d'urgence absolue, si le malade vient de manger ou va manger, vous ne la ferez pas parce que la solution de morphine non fraîchement préparée a des propriétés vomitives ; et que cet effet secondaire mérite toujours qu'on s'y arrête, si l'on veut ménager au patient des tourments inutiles ; cette injection doit être faite aussi loin que possible de l'heure du repas.

Un exemple semblable nous est fourni par les injections de caféine, si communément employées chez les cardiopathes chroniques ; or, il importe de ne pas faire cette piqûre à n'importe quel moment de la journée, tard dans l'après-midi par exemple ; l'excitation que procure la caféine se produirait la nuit et le sommeil serait troublé d'une façon plus ou moins marqué. Aussi, si on a le choix pour l'administration de la caféine, on fera de préférence cette injection le matin.

La majeure partie des questions qui vous seront posées relativement à l'heure du médicament auront trait au médicament ingéré ; cependant les médicaments introduits par voie rectale n'en ont pas moins leur heure. Ainsi, prenez l'exemple du malade atteint de fissure anale : le suppositoire destiné à calmer la douleur devra être introduit immédiatement après la défécation, et non à un autre moment de la journée. De même le constipé par accumulation des matières fécales dans l'ampoule rectale, à qui vous aurez prescrit des ovules rectaux, devra introduire son cône glycériné le soir au coucher ou bon matin, afin de ramollir les matières par contact et imprégnation prolongée, et non au petit bonheur dans la journée.

La pénétration des médicaments dans l'économie par inhalation exige aussi de faire l'acte médicamenteux à une certaine heure, sous peine d'échec ou d'intervention inutile. Les vrais asthmatiques savent bien qu'en intervenant dès le début de leur angoisse respiratoire par des inhalations d'éther, de pyridine, d'iodure d'éthyle, ils réduisent l'intensité de l'accès, que parfois l'action de fumer une cigarette de datura ou de faire brûler dans leur chambre du papier nitré au coucher leur assure une nuit tranquille. Vous ne devez pas, Messieurs, en savoir moins que vos malades ; or vous n'obtiendriez pas ces bons résultats si vous conseilliez ces pratiques dans le courant de la journée. Ce qui, dans le cas de l'asthme, doit être prescrit pour le jour, c'est le traitement général par l'iodure de potassium, dont j'aurai l'occasion de vous entretenir tout à l'heure.

De même, Messieurs, pour le gargarisme, les irrigations nasales, le lavage de l'estomac : toujours, il vous faut fixer l'heure à laquelle l'opération doit être faite. Les réflexes nauséeux qui accompagnent le gargarisme ne sont pas toujours faciles à éviter ; aussi le moment qui suit l'ingestion d'aliments n'est pas à recommander, surtout chez les enfants, pour pratiquer lavage du nez, attouchements du pharynx, ou gargarismes. Quant aux lavages de l'estomac, les heures auxquelles il faut les pratiquer ont une telle importance diagnostique et thérapeutique que je me réserve de vous en parler à fond dans une prochaine leçon.

Les topiques, qui sont d'une si grande ressource dans les maladies cutanées : l'hydrothérapie, le massage,

les bains, d'un usage si généralisé dans les névropathies, ne doivent pas davantage être appliqués à n'importe quel moment de la journée.

Certains topiques, d'autre part, sont utilisables seulement la nuit, à appliquer sur le visage ou les parties découvertes, à raison d'une coquetterie très bien placée du reste. Le bain, en particulier le bain frais surtout, ou les pratiques hydrothérapiques administrées, d'autre part, en pleine digestion, sont nuisible, on ne saurait trop le dire : le résultat de cette infraction à l'heure du médicament serait vraisemblablement une congestion cérébrale.

L'heure du médicament importe donc beaucoup, que ce soit la voie digestive, les voies rectale, pulmonaire, cutanée, hypodermique ou tout autre que l'on ait choisie pour porter le médicament dans l'économie. Elle n'importe pas moins suivant les maladies auxquelles s'adresse le médicament.

Parler de l'heure du médicament, c'est, en effet, parler surtout du médicament ordonné, en tenant compte de bien des raisons, d'ordre plutôt minime dans une maladie chronique. Mais n'est-il pas aussi important de savoir préférer telle ou telle heure pour donner, avec le maximum d'effet et avec certitude, le médicament nécessaire, dans un épisode aigu au cours de maladies chroniques. Voici le paludisme, maladie chronique d'ordinaire, débutant et se manifestant à intervalles irréguliers par séries de paroxysmes. A quel moment le sulfate de quinine, destiné à « couper » l'accès de fièvre intermittente ordinaire, doit-il être donné ? Ceci a une bien plus grande importance, vous le sentez. Deux notions d'observation pure vous guident dans ce cas : d'abord, nous savons que le sulfate de quinine ne produit ses effets antipyrétiques dans le cas de fièvre due à l'hématozoaire de LAVERAN, que six heures environ après l'ingestion ; ensuite vous n'ignorez pas que, quel que soit le type, l'accès de fièvre revient à heure fixe. Six heures donc avant cette heure fatidique, la dose de sulfate de quinine prescrite aura dû être absorbée, pour éviter le retour de l'accès lorsqu'il s'agit d'une fièvre paludéenne au type tierce ou au type quarte ; l'étude de l'heure de l'accès sera donc à faire, et même si ces types sont imbriqués, chacun des accès y correspondant revient avec une régularité qui facilite l'emploi à l'heure voulue du médicament spécifique. Que si enfin il y a péril immédiat, l'ingestion cédera la place à l'injection hypodermique à hautes doses ; la périodicité perd dans ce cas ses droits, et du reste la continuité des phénomènes fébriles, comateux ou tout autres a remplacé cette périodicité d'un si grand secours dans les circonstances ordinaires. Il n'y a plus d'heure pour le sulfate de quinine dans ce cas.

Voici un autre exemple : une variété d'asthme bronchique est caractérisé par ceci, qu'à l'occasion d'une bronchite, des accès de dyspnée spasmodique avec toux surviennent chaque nuit pendant huit ou dix jours consécutifs, entre minuit et deux heures du matin, simulant l'accès d'asthme. La bronchite, cause de tout ce mal, doit donc être traitée, mais à son heure, et par les préparations de belladone. Quel que forme pharmaceutique que ce soit peut être prescrite, mais la prise de cette préparation se fera nécessairement le soir ; vers dix heures, au coucher, vous ferez prendre par exemple cinq centigrammes d'extrait de belladone et les accès seront calmés, sinon abolis ; notez que l'atropinisation diurne même exagérée ne produirait pas cet excellent résultat.

Il en est de même pour les accès de douleur dans la sciatique. Ceux-ci sont surtout intenses au début de la nuit ; lorsque le malade est depuis quelques instants dans son lit, la douleur se réveille, est alors insupportable. Donnez dans ces cas du salophène, du bleu de méthylène, de l'antipyrine, mais retenez que l'action du médicament sera doublée si vous avez soin de le donner une ou deux heures avant le coucher, car le médicament exercera dans ce cas son action analgésique, alors que débute l'accès.

Pour fixer à bon escient, Messieurs, l'heure du médicament à ingérer, il faut connaître : a) la rapidité d'action du médicament ; b) sa durée d'action ; c) l'effet qu'on en veut obtenir ; d) l'action locale du médicament sur l'estomac et sur l'intestin. J'étudierai successivement ces points devant vous.

Mais pour établir l'heure du médicament au mieux pour votre malade, il faut aussi tenir compte de ses habitudes ; vous tenterez tout d'abord toutefois de corriger chez votre malade ses opinions erronées et lui démontrerez ce qu' exigerait l'emploi régulier du médicament que vous proposez ; puis en cas d'impossibilité réelle ou d'opinions préconçues, vous transigerez au mieux.

a) *Rapidité d'action du médicament.* — Il est de notion vulgaire que tous les médicaments n'agissent pas avec la même rapidité ; quelques exemples toute-

fois ne vous seront pas inutiles. C'est ainsi que les purgatifs ont une rapidité d'action très variable. Les uns agissent une ou deux heures après l'absorption, comme le podophyllin, les purgatins salins ; ils « débouchent » les gens pressés, sans profit du reste bien souvent pour l'état anatomique qui engendre la constipation ; s'adressent à eux avant de partir à leur travail le matin les constipés et les sédentaires. D'autres purgatifs comme le calomel, l'aloès, la rhubarbe, agissent moins rapidement, de six ou huit heures après l'absorption ; aussi doivent-ils être pris le soir au coucher. Enfin, les huiles, les purgatifs doux tels que la manne, les médicaments contenant du sucre, etc., n'agissent que douze et quinze heures après l'ingestion. En raison de ces différences dans la rapidité d'action, des précautions sont à prendre pour leur ingestion et le moment de l'effet prévu.

Prenez les antithermiques : ils agissent pour la plupart très vite. L'antipyrine commence à agir un quart d'heure après l'ingestion, tandis que le sulfate de quinine a une rapidité d'action beaucoup moindre et fait attendre son effet pendant plusieurs heures, quand elle en a un. Selon le but cherché, immédiat ou éloigné, comme antithermique, vous prescrirez donc l'antipyrine ou le sulfate de quinine, et l'heure de leur ingestion sera modifiée suivant le cas. Supposez un fébricitant tuberculeux au premier degré dont vous voulez combattre sur le champ la fièvre imminente ou effective : vous donnerez un cachet d'antipyrine de quinze à trente minutes avant l'accès de fièvre, vers trois heures du soir, par exemple.

Parmi les sédatifs, la rapidité de l'action est aussi très variable : voici la morphine, la codéine, qui en un ou plusieurs quarts d'heure atteindront le but cherché, quelle que soit la préparation employée. Les bromures, eux, font attendre leur effet pendant plusieurs jours, et ce n'est guère qu'au bout de trois jours que la sédation arrivera, même à doses massives de huit grammes. De même parmi les hypnotiques, il y a le chloral qui, à deux grammes, sidère pour ainsi dire le malade et le fait dormir immédiatement, tandis que le sulfonal met une heure avant de calmer le malade.

Suivant les indications, et je n'entreprendrai pas ici cette démonstration, la rapidité d'action du médicament a donc son intérêt ; ce qui en découle, à savoir l'heure où le médicament doit être ingéré, tire son importance de cette nécessité d'arriver à temps pour, suivant le cas, empêcher la douleur, la fièvre, l'embarras intestinal, etc.

b) *Durée d'action.* — Suivant qu'un médicament a une action durable ou passagère, en d'autres termes qu'il s'attarde dans l'économie ou est éliminé rapidement, il faudra ne donner qu'une seule prise dans la journée ou la répéter plusieurs fois ; dans ce dernier cas intervient la question des heures pour l'ingestion. Parmi les exemples de médicaments à durée d'action très différente, bien que produisant le même effet, il en est qui sont très vulgaires.

Voici par exemple une malade qui a une hémorragie utérine, qu'il est indiqué d'arrêter. On a recours dans ce cas à l'ergotine ou à l'ergot de seigle qui a une action immédiate ; quelques moments après l'ingestion l'hémorrhagie s'arrête ; mais l'action vaso-constrictrice de l'ergot est vite épuisée, et au bout d'une demi-heure, d'une heure de temps, il faudrait recommencer. Mais si vous donnez, en même temps que l'ergot, de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, l'action de l'hydrastis tarde, il est vrai, à se produire, mais, une fois produite, cette action dure longtemps, et répétée plusieurs jours entretient la vaso-constriction qui empêche l'épistaxis utérine de continuer. L'ergot est le médicament d'urgence, l'hydrastis le médicament de tout repos. La prise de l'un doit être immédiate, répétée au besoin, sans se laisser arrêter par le moment où l'on intervient ; l'heure du second est celle que l'on préférera dans la journée.

L'iodure de potassium nous fournit un exemple non moins frappant. C'est un vaso-dilatateur aux doses thérapeutiques ordinaires, qui a une durée d'action assez limitée, pour douze à quinze heures seulement. Afin d'éviter l'accumulation et aussi pour avoir un effet continu, la prise doit en être renouvelée tous les jours. Mais besoin est-il d'avoir une vaso-dilatation momentanée pour parer à la syncope de l'angor pectoris par exemple, l'iodure n'est plus de mise ; l'inhalation de nitrite d'amyle, par sa vaso-dilatation périphérique instantanée, atteint au contraire le but ; par contre sa durée est courte. Le moment pour le nitrite d'amyle on le sent, est toujours venu, en cas d'urgence ; pour l'iodure, il y a un choix nécessaire.

c) *Effet à obtenir.* — La plupart des médicaments, Messieurs, suivant la dose ingérée, donnent lieu à des effets différents ; vous connaissez cette loi de pharmacologie générale. Il en résulte que pour obtenir tel effet plutôt que tel autre, tel ou tel médicament devra

être ingéré à telle heure ou à telle autre. Voici quelques exemples à l'appui. L'ipéca, en tant que vomitif, peut être donné à toute heure, son action se produira toujours ; mais si vous l'employez comme anti-hémoptoïque, je vous ai appris qu'il convient de le donner à faibles doses, par paquets de dix centigrammes, toutes les vingt à trente minutes, afin d'entretenir l'état nauséeux qui précède le vomissement et qui est si utile pour diminuer la tension artérielle pulmonaire. Le tartre stibié participe de propriétés analogues. Comme vomitif donnez cinq centigrammes de tartre stibié en une fois et à un moment quelconque ; comme purgatif, faites dissoudre cinq ou même dix centigrammes dans un litre d'eau ; en en donnant par petites verrées toutes les demi-heures, on a un effet purgatif. De même encore, Messieurs, pour le bicarbonate de soude ; sa posologie est tout à fait spéciale suivant l'effet cherché. Pris dix minutes avant le repas, l'action est celle d'un véritable apéritif ; pris après le repas ou à la fin de la digestion, c'est un neutralisant des acides en excès dans la sécrétion gastrique. L'effet à obtenir modifie donc dans la prescription détaillée l'heure à laquelle le médicament doit être pris.

d) *Action locale sur l'estomac.* — Nombre de substances peuvent être données sans aucun inconvénient à jeun, avant ou après le repas. Quelques-unes cependant, et non des moins employées, ont une action bien connue et bien étudiée sur le suc gastrique et la muqueuse sécrétante, et, pour éviter cette action ou pour en profiter, le moment de leur administration est choisi en conséquence. Pour déterminer le moment le plus propice à la prise de ces médicaments, il faut tenir compte de plusieurs choses : α) de l'action locale du médicament sur l'estomac ; β) de l'action des phénomènes digestifs sur le médicament ; γ) de l'action du médicament sur la digestion stomacale

α) L'action locale se manifeste tantôt par de la douleur, — il s'agit alors d'une irritation localisée, — tantôt aussi par une activité physiologique plus grande, une sécrétion gastrique plus abondante, un temps moindre pour l'estomac à se débarrasser de son contenu, — il s'agit alors simplement d'excitation. L'une et l'autre forme d'action locale peuvent être à craindre, mais la douleur doit toujours être évitée. Aussi, une règle de conduite intervient-elle ici, que vous aurez toujours présente à l'esprit pour les médicaments nouveaux aussi bien que pour ceux qui vous sont connus : « **Les irritants solubles doivent être dilués afin de répartir sur l'estomac tout entier cette action, qui ainsi affaiblie, amène alors la seule excitation ;** » sous réserve de ce subterfuge, ces médicaments peuvent être administrés à jeun sans inconvénient. **Quant aux irritants insolubles, ils devront toujours être donnés au moment des repas,** afin de noyer l'irritation qu'ils provoquent dans l'excitation générale, alors en train de se produire.

Il faut bien savoir aussi que la forme pharmaceutique sous laquelle tel médicament, anodin de lui-même, est employé, peut provoquer l'irritation et nécessiter le choix de l'heure du repas ; telle est la pilule, très employée en raison de sa commodité, mais que certains malades abandonnent en raison de l'irritation locale qu'elle entraîne, de la gastralgie qu'elle éveille quand elle doit être avalée à jeun ; certains purgatifs inemployables autrement qu'en pilule, sont délaissés au grand dam des spécialistes, — et c'est justice — ; car sous l'afflux du premier jet de suc gastrique la pilule se désagrège pour donner une poudre ou une résine insoluble, qui continue, au contact de la muqueuse, son action irritante locale, d'où la douleur. Il en est de même, Messieurs, pour le cachet qui se prend, à mon avis, d'une façon irrationnelle ; vous n'ignorez pas que pour le faire glisser le patient avale une gorgée d'eau seulement. Le pain azyme qui est l'enveloppe protectrice du médicament à travers l'œsophage est vite dissous dans l'estomac, et alors il se passe ce que je vous ai décrit pour la pilule : le sac vidé, il y a une poudre insoluble, irritante au contact d'un point limité de la muqueuse stomacale. Et cela parce qu'il y a très peu de liquide ingéré : que le malade prenne le cachet avec un verre de liquide ou pendant le repas, et la douleur, fâcheuse quelquefois, mais non toujours contre-indiquée, comme la douleur si commune avec le naphtol, la quinine, etc., n'existera plus ; à sa place sera une simple excitation généralisée, profitable souvent, rarement nuisible.

Il n'y a pas que les pilules et que les cachets qui provoquent de la gastralgie : toutes les solutions médicamenteuses concentrées en sont là : l'iodure de potassium, le bromure de potassium si usités, le premier mélangé à la bière du repas, le second à du lait dans l'intervalle des repas, sont, ainsi dilués, complètement sans action locale irritante. Il y a aussi les vins médicamenteux pris avant le repas avec une telle abondance que, sortis des officines des pharmaciens, c'est

maintenant chez les épiciers, dans les cafés, qu'on va les quérir ou les consommer. L'action de l'alcool sur l'estomac à jeun est doublée de celle du quinquina, de la gentiane et des amers épileptisants dont on les sature ; aussi cette absorption provoque-t-elle facilement de la gastralgie, que l'estomac perverti prend pour de l'appétit, un appétit vite satisfait du reste. En effet, ingérer avant le repas des vins alcooliques, c'est amener une vive réaction glandulaire, laquelle provoque une hypersécrétion immédiate mais qui ne se continue pas pour des excitations alimentaires moindres ; aussi, au moment du repas, l'estomac ne sécrète-t-il plus la quantité de suc gastrique nécessaire à la digestion. C'est donc un non-sens que de prendre un apéritif avant le repas ; l'heure de ce médicament, l'apéritif alcoolique, sonne rarement, pourrait-on dire.

β) Pour approprier exactement l'heure de la prise aux effets maxima du médicament, besoin serait aussi de tenir compte des phénomènes digestifs sur le médicament. Malheureusement, il faut bien avoir le courage de l'avouer, ces notions sont peu connues encore; le rôle des alcalins dans la digestion sort à peine des limbes et la dissolution ou bien la formation de corps chimiques nouveaux, sous l'influence des sucs digestifs, n'a encore tenté aucun chercheur. Je serai donc mal venu à vous entretenir de faits sans précision, d'hypothèses. Jusqu'à plus ample connaissance, négligez ce facteur dans la détermination de l'heure du médicament.

γ) Tenez au contraire grand compte, Messieurs, de l'action du médicament sur la digestion stomacale pour choisir telle ou telle heure, quand vous ordonnerez tel ou tel médicament : les uns en effet l'interrompent, d'autres l'enraient, certains au contraire la favorisent.

Parmi les premiers se trouve l'eau chloroformée, préconisée comme antiputride, qui empêche l'évolution dans les limites normales de la digestion stomacale; le naphtol et la saccharine sont aussi de ce nombre, bien que médicaments très usités dans les troubles divers par auto-intoxication intestinale ; ils n'en arrêtent pas moins la digestion ; dans cette catégorie se rencontrent aussi les antiseptiques comme la créosote, l'iode, l'ichthyol, dont l'emploi est si généralisé. Tous doivent être donnés en dehors des repas, dilués ou en suspension étendue, et de préférence une heure avant. Alors l'estomac est vide et il n'y a pas à craindre que la digestion ultérieure soit troublée de leur fait.

Toute une catégorie de médicaments quotidiennement prescrits ont une action moins brutale sur la digestion, tels l'iodure, le bromure de potassium, les sels de fer, de cuivre, de mercure ; ils ne font que retarder la digestion normale, ce qui est néanmoins d'une importance capitale. Féré a montré depuis quelque temps que les bromures amènent une dyspepsie notable et provoquent par auto-intoxication des éruptions acnéiques, si des précautions ne sont pas prises. Mais déjà avant lui, l'haleine fétide du malade qui la prend en faible dilution aux repas avait été remarquée. Aussi dans tous les asiles où l'on est au courant de ces faits, est-ce très dilué, et le matin à jeun, ou bien trois ou quatre heures après le repas du soir qu'on donne la ration de bromure. On doit agir de même pour les iodures ; c'est fortement dilués et à jeun qu'il convient de les prendre, en raison de leur action locale sur l'estomac et aussi de l'action d'arrêt qu'exerce l'iode sur les amylacés contenus dans les aliments, dont la digestion se trouve de ce fait enrayée. Il y a cependant une exception à cette règle. Quand on se trouve en présence d'un malade présentant facilement de l'iodisme, essayez de donner l'iodure au milieu du repas. Dans tous les autres cas, c'est à jeun, et de préférence dans le lait, dans la bière, disent les syphiligraphes, que l'ingestion de l'iodure doit être faite.

Parmi les sels métalliques, laissons les sels de fer, cause de tant de dyspepsies chlorotiques, à raison des orgies de fer qui se commettent chaque jour, je vous en reparlerai bientôt ; laissons les sels de cuivre, maintenant peu usités ; mais occupons-nous des mercuriaux. Voilà certes une question pratique. Les diastases diverses qui ont une action si importante pour la digestion sont brutalement annihilées par les sels de mercure solubles, et la dyspepsie gastrique survient vite, le fait est d'observation vulgaire, chez celui qui prend le sirop de Gibert à ses repas. Aussi, est-ce à jeun que ce médicament si utile doit être donné, et toujours dilué. Vous pouvez cependant donner le mercure au moment du repas, alors adressez-vous à la forme pilulaire qui se mélange moins intimement à la masse. En passant, je relèverai une erreur communément répandue. On a prétendu que le calomel pris en même temps que des aliments salés se transformait en sublimé. Il n'en est rien, et Patein l'a définitivement démontré ; il n'y a aucune crainte à donner, malgré la coutume, du calomel au

moment des repas. Le calomel peut être pris à quelque moment que ce soit sans aucun inconvénient ; son insolubilité dans les premières voies assure son innocuité pour l'estomac et pour la digestion.

Il y a aussi, Messieurs, des médicaments qui favorisent l'action digestive : ceux-là, vous concevez que le moment opportun de leur digestion c'est le repas, mais encore importe t-il de connaître si c'est le début ou la fin du repas qu'il faut choisir. Voici les amers, par exemple ; ce sont des excitants locaux légers. Parmi eux rentrent le quinquina, le quassia, la gentiane, la noix vomique, etc. ; sous formes de gouttes, de teintures, ou mieux de poudres, ils incitent la muqueuse gastrique à sécréter modérément. Faites-les donc prendre en se mettant à table, à doses minimes ; le bol alimentaire viendra par derrière qui brassera le tout et généralisera la sécrétion au profit d'une digestion plus facile ; le début du repas convient donc pour les amers. De même, mais pour une autre raison, que la physiologie à l'usage des gens du monde vous apprend et que je ne vous expliquerai pas par suite, la pepsine doit être portée dans le ventricule gastrique dès la première bouchée, afin de favoriser l'acte chimique de la digestion. Par contre, c'est au milieu du repas que l'arsenic, le fer, sous forme de persel, doivent être absorbés ; leur action favorisante sur les actes chimiques n'a plus la même netteté que pour l'exemple ci-dessus, mais le suc gastrique, riche en acide chlorhydrique, coule plus abondamment sous leur influence quand leur ingestion survient à la suite du repas. A la fin du repas enfin doivent venir les médicaments, tels que l'acide chlorhydrique qui favorisent la période terminale de la digestion gastrique.

A étudier l'action locale du médicament sur l'estomac pour connaître l'heure de l'ingestion, il faut donc tenir compte surtout de l'action sur l'estomac et de celle sur la digestion ; et, règle générale, une poudre doit être donnée pendant le repas, mais un irritant soluble doit être donné dilué et à jeun. Voilà un guide que je vous engage à suivre ; vos erreurs à sa suite seront rarement cruelles.

Action du médicament sur la digestion intestinale. — On ne connaît guère, pour les médicaments, leur action sur la digestion intestinale. La plupart d'entre eux sont sans inconvénient marqué. Les uns donnent un peu de diarrhée pris à jeun ; on a la ressource alors de les donner au moment des repas. D'autres provoquent un peu de météorisme, des mictions imprévues ou fréquentes, à raison d'une absorption trop rapide du véhicule, et c'est bien souvent pour les dames, que cela gêne dans leurs habitudes de ne pas absorber beaucoup de liquide, un vice rédhibitoire : je note en passant que la vogue de certaines eaux purgatives repose sur ce qu'il en faut peu pour beaucoup d'effet. D'autres médicaments cependant empêchent l'absorption intestinale et ceci est beaucoup plus grave. Parmi ces médicaments, il faut citer l'huile de foie de morue, que la mère de famille donne, sans consulter et sans compter, à ses enfants ; on a remarqué, en effet, remarque mise amplement à contribution par les étudiants allemands, experts en cérémonies bachiques, que l'absorption d'un verre d'huile permettait de nombreuses libations sans succomber à la nécessité de mictions fréquentes, l'absorption des liquides étant entravée par la couche huileuse, qui revêt émulsionnée tout le tractus intestinal. En raison de cette propriété contraire à l'assimilation des aliments, l'huile de foie de morue ne doit jamais être prescrite au moment des repas, mais au moins une heure avant ou à la fin du repas ; de cette façon elle ne gêne plus l'absorption intestinale.

Voilà, Messieurs, des notions qui, je l'espère, vous seront profitables, et qu'il vous serait difficile, à moins de recherches interminables, de trouver dans les auteurs. Tous ces faits, c'est à la clinique que vous devriez les apprendre un à un, au fur et à mesure des occasions ; mais dans nos salles, avec des religieuses qui connaissent trop bien leur devoir, le chef de service oublie le plus souvent de préciser le moment auquel doit être donné le médicament qu'il prescrit, et cet enseignement se trouve de ce fait un peu négligé. C'est pourquoi j'ai voulu combler par cette leçon cette lacune de mon enseignement clinique.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Un cas d'hydronéphrose intermittente,
par M. Bourcy (*Semaine médicale*, 28 décembre 1898).

Une femme de 62 ans, maigre et d'aspect souffreteux, entre à l'hôpital Tenon le 6 octobre. Dès l'âge de dix ans, elle a ressenti des douleurs lombo-abdomi-

nales, prédominantes à gauche, et il s'agit encore à présent d'une nouvelle recrudescence de ces mêmes douleurs. Elle sentait venir sa crise qui se reproduit toujours avec des caractères identiques: chaleur et frisson, puis douleur aiguë au niveau du rein gauche avec irradiation vers l'aine, vomissements et anurie. Tout cesse au bout d'un jour ou deux. On a constaté à maintes reprises des graviers dans l'urine, et le diagnostic de colique néphrétique n'est point douteux. A deux reprises, en 1893 et 1895, la crise a persisté, l'urine est restée rare, le ventre s'est accru à gauche, l'état général est devenu mauvais : au bout d'une semaine, on fit une ponction dans le flanc et on retira un litre d'un liquide offrant l'aspect de l'urine.

Il s'était agi évidemment d'hydronéphrose. Or, à l'entrée de la malade chez M. Bourcy, les mêmes faits se reproduisaient. Tout le côté gauche, de la crête iliaque aux fausses côtes, était bombé et la voussure atteignait en arrière la région lombaire. La palpation dénotait là une volumineuse tumeur rénitente, mobilisable, fluctuante dans la profondeur, absolument mate. L'hydronéphrose intermittente seule pouvait être en cause. Ou bien la poche se viderait par les voies naturelles ou l'auto-intoxication urinaire ne tarderait pas à se montrer. Le lendemain 7 octobre, la température étant de 36°8, le facies grippé, les extrémités froides, on ponctionna la tumeur sur la ligne axillaire, à égale distance de la crête iliaque et du rebord costal et on retira un litre et demi d'un liquide renfermant les principes de l'urine avec, en outre, de l'albumine. Dans la journée, la miction normale se rétablit ; on constata que le rein était très mobile et il y eut de la polyurie.

Cette malade présentait donc les deux grandes conditions de l'hydronéphrose : la lithiase et la mobilité rénales. La lithiase a dû apparaître la première, amenant des congestions rénales plus ou moins durables qui ont préparé la mobilité. Ensuite, l'hydronéphrose intermittente s'est montrée, peut-être en raison d'une coudure de l'uretère. En effet, la ponction a rétabli la perméabilité et on conçoit qu'une brusque diminution de pression en amont d'une coudure soit capable d'en modifier les conditions physiques.

Albarran prétend que la polyurie post-critique dans ces cas n'est pas une simple débâcle de l'urine accumulée mais est liée à un accès de sécrétion, analogue à celui qui succède aux crises de rétention complète d'urine. Le cas présent est tout en faveur de cette idée puisque tout le liquide avait été retiré par ponction.

Si la guérison n'était pas durable, si dans quelques semaines l'hydronéphrose reparaissait, il faudrait intervenir chirurgicalement, faire une néphrorrhaphie, une néphrotomie ou une néphrectomie. La première opération serait la plus logique, parce que le rein malade est encore susceptible d'un bon fonctionnement, comme l'ont prouvé le rétablissement de la diurèse et l'intégrité qualitative de l'urine.

Ingelrans.

***

Un cas de morve aiguë chez une enfant de trois ans, par M. Vandevelde. — *Annales de la Société médico-chirurgicale d'Anvers*, sept.-oct. 1898).

S. D..., âgée de trois ans, demeurant à Berckem, est la plus jeune d'une famille de trois enfants. Depuis un mois, elle est difficile et ne joue plus ; l'appétit est nul, l'amaigrissement considérable. Les lèvres, les gencives et les conjonctives sont exsangues, la face bouffie. La base du nez est élargie, l'enfant respire par la bouche. Pendant les quinze jours qui suivirent, la température du soir varia entre 38° et 39° ; le pouls s'affaiblit, des vomissements apparurent. On crut d'abord à une anémie pernicieuse progressive, mais l'examen du sang ne put être fait, car la mère emmena l'enfant à la campagne pendant cinq semaines. A son retour, son état était lamentable ; les yeux injectés sont saillants hors des orbites ; sur le front existe une tumeur dure, les joues sont le siège d'un œdème douloureux ; les veines de la face forment sur la peau des cordons d'un bleu noirâtre. Du nez s'écoule un liquide sanieux et infect ; la muqueuse nasale est couverte d'ulcérations. Les gencives sont sanguinolentes et semées de plaques gangréneuses. La sinusite généralisée et purulente fit songer à la morve.

Le pus contenait de courts bâtonnets, arrondis à leurs extrémités, mobiles, se décolorant par le Gram. Le sang renfermait le *bacillus salivarius septicus*.

L'enfant mourut le 13 juillet. On injecta dans le péritoine d'un cobaye du liquide obtenu par ponction de la tumeur frontale : les testicules gonflèrent et les ganglions de l'aine s'engorgèrent ; de plus, la malléine amena chez l'animal une réaction notable. L'auteur croit pouvoir affirmer le diagnostic de morve.

La famille de l'enfant habitait dans le voisinage immédiat d'écuries, et depuis le mois de mai un grand nombre de cas de morve ont été observés sur les

chevaux à Anvers. La contagion doit sans doute être cherchée de ce côté. On n'a pas utilisé la malléine chez la petite malade qui a fait l'objet de cette communication, faute d'avoir pu s'en procurer à temps.

INGELRANS.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — GRIMBERT. Action du bacterium coli et du bacille d'EBERTH sur les nitrates.

— PHISALIX. Les sucs de champignons vaccinent contre le venin des vipères.

Académie de Médecine. — COURTOIS-SUFFIT. De l'emploi du sesquisulfure de phosphore dans la fabrication des allumettes.

— CHIPAULT. La chirurgie du sympathique et ses diverses applications, plus particulièrement au traitement de l'épilepsie, de certaines maladies mentales et du glaucome.

Société de Chirurgie. — Discussion quelque peu aiguë sur les abcès cérébelleux entre MM. PICQUÉ et BROCA.

Société d'Obstétrique de Paris. — FOURNIER. Loi d'adaptation utéro-fœto-placentaire.

— DEMELIN ET LEROY. Septicémie suraiguë due à la bactéridie charbonneuse.

— BRINDEAU. De la glycogénèse placentaire.

Société Médico-Chirurgicale. — Discussion sur le traitement des lithiases par les courants de haute fréquence.

Société de biologie. — SERGENT ET BERNARD. Pathologie des capsules surrénales.

— CHARRIN ET LEVADITI. Influence du terrain dans l'infection pyocyanique.

VARIÉTÉS

La pénurie des médecins militaires anglais

Nous avons signalé, à différentes reprises, la pénurie des médecins militaires en Angleterre, due au mécontentement des officiers du corps de santé, qui se traduit par des retraites anticipées et le manque de candidats. Voici de nouvelles preuves de cette grave situation, empruntées au *Progrès militaire* :

« Les médecins militaires à Alderhost sont si peu nombreux que les soldats ne peuvent être convenablement soignés. »

« Le War office emploie des médecins civils jeunes et inexpérimentés, qu'il paie 270 livres par an, alors qu'il pourrait rappeler au service des médecins militaires expérimentés qui feraient la besogne pour 150 livres par an, ce qui ferait une économie de 120 livres sur chaque médecin civil employé. »

Doctoresse

Ainsi vous voilà doctoresse,
De par la docte Faculté !
J'ai vu cela sans allégresse,
Ma chère belle, en vérité.

J'aimais bien mieux, Dieu me pardonne
Le temps où vous étiez chez nous,
L'ange, l'idole ou la madone,
A qui l'on parlait à genoux.

A qui l'on chuchotait : je t'aime,
En en rougissant jusqu'au cou ;
Car avant d'être forte en thème,
La femme était un vrai bijou.

Sa main, c'était la main berceuse,
Ou notre mère, ou notre sœur,
En sa royauté paresseuse,
Sa force, c'était sa douceur.

Quand les couteaux de chirurgie,
Tout maculés de sang humain,
Vous laisseront la peau rougie,
Caressera-t-on votre main ?

J'ai peur que l'amour s'effarouche
Et qu'on ose bien moins oser ;
Les mots savants dans votre bouche
Refroidiront notre baiser.

Et puis vous saurez tant de choses,
Que d'ordinaire on ne sait pas !
Pauvre pudeur aux ailes roses,
De quoi parlerons-nous tout bas ?

Chiffon, bijou, ruban, chimère,
Valent du grec, assurément ;
O saison d'aimer, éphémère,
Comment te remplacer, comment ?

Voyons, pas trop de doctoresses,
De diplômes ni de concours ;
Nous qui vivons de vos tendresses,
Nous aimons mieux vos jupons courts.

Montpellier Médical).

Authentique!

— Eh bien, comment allez-vous aujourd'hui? disait le médecin à une brave asthmatique.

— Oh! môssieu, les pilules m'ont fait grand effet; mais la bouteille me râcle la gorge au possible.

— Parfait, répond le docteur; continuez les pilules et suspendez jusqu'à nouvel ordre la solution iodurée.

Trois jours après, le médecin, rappelé près de sa malade, est frappé du spectacle d'une fiole qui se balançait au plafond.

— Qu'est-ce? dit le docteur.

— Mais c'est votre solution. Ne m'avez-vous pas dit qu'il fallait la *suspendre* jusqu'à nouvel ordre. Ma foi, j'ai pensé que c'était pour la bonifier.

Jugez de ma tête!

NOUVELLES & INFORMATIONS

NÉCROLOGIE

Le 25 décembre 1898, est mort, à l'âge de 62 ans, des suites d'une grippe infectieuse qui l'a emporté en quelques jours, notre collègue H. LOTAR, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine; ses obsèques ont eu lieu le 29 courant.

Pharmacien supérieur, il était à la tête d'une officine très prospère et réputée, quand en 1876, lors de la création de la Faculté, il fut chargé du cours de pharmacie ; titularisé cinq ans après, LOTAR a présidé durant 17 ans à la formation des nombreux pharmaciens qui sont venus chercher sur les bancs et dans les laboratoires de la Faculté l'enseignement technique et pratique si important pour eux. S'il était estimé, aimé même par ses élèves, on l'a vu à ses obsèques; leur foule recueillie attestait cette affection pour sa personne, comme dans d'autres circonstances se sont manifestées avec éclat ces sympathies qui accompagnaient son nom, fait de droiture et d'honnêteté. L'inspection des pharmacies qu'il faisait avec tant d'autorité, et aussi tant de tact, lui avait valu également l'estime reconnaissante de tous les pharmaciens du département.

Pharmacien en chef des hospices et des bureaux de bienfaisance de Lille, membre du conseil d'hygiène depuis de longues années, ces deux fonctions disent assez en quelle haute appréciation on tenait son savoir et sa compétence. La Faculté l'avait à plusieurs reprises nommé son représentant dans le Conseil académique : son jugement droit et sans passion le désignaient pour ces fonctions, pénibles naguère, encore aujourd'hui difficiles.

Le professeur LOTAR avait appartenu, comme trésorier et membre actif, pendant 30 ans, de 1865 à 1895, à la Société centrale de médecine du Nord, qui l'avait, sur ses vives instances, nommé membre honoraire. La Société des pharmaciens du département du Nord le comptait aussi au nombre de ses anciens présidents et l'avait récemment nommé président honoraire.

Tous ces titres, toutes ces fonctions, toute la notoriété qui accompagnait sa personnalité ont donné aux obsèques du professeur LOTAR un caractère de chaude et sincère expression de sympathie, que nous sommes heureux de signaler et que l'absence de discours sur sa tombe, d'après la dernière volonté du défunt, a encore accentuée. Ces condoléances si publiquement manifestées adouciront la douleur de la famille du regretté LOTAR, qui comptait un médecin, le docteur BERTAUX, parmi ses neveux. Nous la prions d'agréer l'expression de douloureuse sympathie de la Rédaction de l'*Echo médical du Nord*.

M. le professeur agrégé AUSSET a été récemment nommé membre de la **Société médicale des hôpitaux**. Toutes nos félicitations à notre confrère.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dimanche 18 décembre, a eu lieu, à 11 heures du matin, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Saint-Sauveur, la première réunion de l'**Association amicale des anciens internes et externes en médecine des hôpitaux de Lille**. De nombreux adhérents, appartenant aux diverses promotions de l'internat, assistaient à cette réunion où le comité provisoire (1) a rendu compte de son mandat. Ce comité provisoire avait été élu l'année dernière à la suite d'une réunion provoquée par les docteurs DEFAUX, GALLOIS, GÉRARD et PAINBLAN. Son premier soin a été d'établir la liste des anciens internes en médecine des hôpitaux de Lille, besogne qui a été assez difficile, étant donné la difficulté des recherches.

Le comité provisoire a aussi élaboré des statuts dont la plupart des articles ont été votés sans discussion par l'Assemblée et pourront être soumis prochainement à l'approbation préfectorale. La Société sera administrée par un bureau de six membres nommés pour deux ans, et non rééligibles immédiatement, et dont deux au moins devront être des anciens internes, domiciliés hors de Lille.

Ont été nommés pour cette année :

MM. SURMONT (Lille), président ; BRULANT (Vendin-le-Vieil) et CARON (Saint-Maurice-Lille), vice-présidents ; PAINBLAN (Saint-Maurice-Lille), secrétaire-général ; COLAS (Lille), trésorier ; BOULOGNE (Valenciennes) et PAQUET (en exercice), secrétaire-adjoint.

L'Association se propose entre autres buts, d'instituer chaque année, entre les internes de 2e et 3e années, deux concours pour des prix, l'un de médecine, l'autre de chirurgie. Ces prix, dont la valeur sera dès cette année de 100 fr. en espèces, seront attribués après des épreuves qui auront lieu tous les ans en juillet et qui comporteront :

1° Un mémoire inédit (40 points) ;

2° Une épreuve clinique (40 points) ;

3° Une épreuve écrite (20 points).

En dehors de cet encouragement apporté à ses jeunes camarades, l'Association a pour but de prêter aux internes et anciens internes son appui, moral dès maintenant, son appui pécuniaire dès que ses ressources le lui permettront.

A l'issue de l'Assemblée générale un banquet joyeux a réuni au restaurant Divoir de nombreux internes et anciens internes, heureux de se retrouver. Les souvenirs de salle de garde ont été évoqués en foule, et l'on s'est quitté en se promettant de revenir plus nombreux encore l'an prochain.

(1) Le Comité provisoire se composait de MM. les docteurs SURMONT, président ; CARON et GALLOIS, vice-présidents ; PAINBLAN, secrétaire-général ; QUINT, trésorier ; PAQUET, interne en exercice, secrétaire-adjoint ; BOULOGNE, BRULANT, COLAS, DEFAUT, GÉRARD, CAUMARTIN, interne en exercice.

NOMINATIONS

Nous apprenons avec le plus vif plaisir que, par décision préfectorale, M. le professeur Wertheimer est nommé médecin de la prison, en remplacement de M. le professeur Moniez, démissionnaire.

— Par arrêté préfectoral, en date du 15 décembre dernier, M. le docteur Ausset est nommé médecin-inspecteur des enfants du premier âge, pour la 9e circonscription de la ville de Lille. Nos compliments à notre collègue.

— Dans la **liste des externes des hôpitaux de Paris**, nous relevons avec satisfaction parmi ceux qui ont été reçus au dernier concours, le nom de M. Braillon. Reçu avec le numéro 2 sur 440, M. Braillon, fait le plus grand grand honneur à la Faculté de Lille où il a commencé ses études médicales.

— Dans le **corps de santé militaire** nous relevons les promotions et mutations suivantes, intéressant notre région :

M. Isambert, médecin-chef de l'hôpital de Dunkerque, ancien médecin-major du 43e de ligne, est promu au grade de médecin-principal de 2e classe et nommé à l'hôpital d'Oran. M. Schmitt, médecin-major de 1re classe au 25e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne, est nommé médecin chef à l'hôpital militaire de Dunkerque. M. Mamin, est promu médecin-major de 1re classe, au 91e d'infanterie, à Mézières. M. Lejeune, est promu médecin-major de 1re classe, au 147e d'infanterie, à Rocroy-Givet. M. Steinmetz, médecin aide-major de 1re classe au 15e régiment d'artillerie, à Douai, est promu au grade de médecin-major de 2e classe et maintenu à son poste actuel. M. Aune est promu médecin-major de 2e classe, au 87e d'infanterie, à Saint-Quentin. M. Coche, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Lille, est désigné pour le 136e régiment d'infanterie, à Saint-Lô (Manche).

— Par décret du 12 décembre 1898, ont été nommés dans le cadre des **officiers de réserve et de l'armée territoriale du corps de santé militaire**, les docteurs de la région dont les noms suivent :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve : MM. Dupré-Lefebvre, de Gouzeaucourt (Nord) ; Verbeke, de Wimereux (Pas-de-Calais) ; Quiret, à Iwuy (Nord) ; Fichaux, à Tourcoing (Nord) ; Bret, à Leforest (Pas-de-Calais) : Vanheeger, à Essonnes (Seine-et-Oise).

— Sur la proposition du Conseil de la Faculté de médecine, le Conseil de l'Université, dans sa séance du 30 novembre 1898, a autorisé les **cours libres** qui suivent :

M. le docteur Kéraval, directeur de l'asile public d'aliénés d'Armentières : **Sur les maladies mentales.**

M. le docteur Vanverts : **Sur la chirurgie de l'estomac et l'intestin.**

Le **Syndicat des médecins de Lille et de la région** a tenu le 30 décembre sa réunion plénière dans son local habituel. L'affluence était considérable. Près de cinquante membres étaient présents.

Le renouvellement du bureau pour 1899 donnait lieu à des élections. Ont été élus : Président : le docteur Lambin ; Vice-présidents : les docteurs Cochez, Quint, Delassus, Ausset ; Trésorier : le docteur Defaux ; Secrétaire-général : le docteur Gallois ; Secrétaire-adjoint : Deschemaeker.

La question d'un périodique, organe du syndicat, a été agitée et une commission nommée pour étudier la proposition. La date du banquet a également été fixée au samedi 14 janvier.

— *Ecole d'Amiens.* — Un congé pour l'année scolaire 1898-1899 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le docteur Dhourdin, professeur d'anatomie.

HOPITAUX DE PARIS ET DE PROVINCE

Bordeaux. — M. le docteur Fieux a été, après concours, nommé chirurgien-adjoint de la Maternité.

Paris. — Le concours des prix entre internes, s'est terminé par les nominations suivantes :

Chirurgie : M. Gosset, médaille d'or ; M. Nerbet, médaille d'argent. *Médecine :* M. Lesné, médaille d'or ; MM. Nobécourt et Milian, médaille d'argent. M. Garnier, accessit.

— *Marseille.* — Ont été nommés internes titulaires : MM. Pieri, Rin, Ponthieu, Reybaud, Hanthoru.

UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur Legry est nommé conservateur du Musée Dupuytren.

— Sont nommés chefs du laboratoire d'hygiène à la Faculté : M. Wurtz, pour la chimie ; M. Bourges, pour la bactériologie.

A l'**Académie de médecine** : M. Marey a été nommé vice-président ; M. Panas passe à la présidence ; M. Vallin est maintenu dans ses fonctions de secrétaire annuel.

Journaux. — La chute des feuilles se précipite : Les *Archives de physiologie normale et pathologique* viennent de cesser leur publication. Le *Journal de physiologie et de pathologie générale* prend leur place, sous la direction des professeurs Bouchard et Chauveau, avec MM. J. Courmont, E. Gley et P. Teissier, comme rédacteurs, pour paraître tous les deux mois.

— Le *Journal des maladies nerveuses* se fond dans la *Gazette médicale de Paris*, à dater du 1er janvier 1899 ; le *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie*, parvenu à sa 66e année, cesse sa publication à cette même date et passe au *Progrès medical*.

— Les *Archives provinciales de médecine*, consœur des *Archives provinciales de chirurgie* annoncent leur apparition pour le 1er janvier 1899, ne contenant que des travaux originaux de langue française, enrichies de nombreuses illustrations, elles paraîtront par fascicules de 64 à 80 pages ; le rédacteur en chef en est M. Baudouin. Nous

formons les vœux les plus sincères pour le succès de cette nouvelle revue de médecine.

Comité consultatif d'hygiène de France

MM. les docteurs Roux et Netter viennent d'être nommés membres dudit Comité.

Distinctions honorifiques

Sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Commandeur. — M. le professeur Dieulafoy (de Paris).

Officier. — M. le professeur Chantemesse (de Paris).

Chevaliers. — MM. les docteurs Brocq, Nitot, de Fleury, Piéchaud, Verchère, Chaput, Gaillard (de Paris) ; Gyoux (de Bordeaux) ; Bollet (de Trévoux) ; Glenard (de Vichy) ; Mercier (de Bazoche-Gonet) ; Chevillon (de Bayonne) ; Trelaün, conseiller général des Hautes-Pyrénées.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Busquet, père, de Cadillac (Gironde); Bidard, de Domfront (Orne) ; Leboué, de Douvres-la-Délivrande (Calvados) ; Flain, d'Aubigny (Cher) ; Claisse, de Pérenchies (Nord) ; Huguet, de Vars (Charente) ; Berthiot, d'Héricy (Seine-et-Marne) ; Biersenstein, de Paris ; Alessandri, de Piétraserena (Corse) ; Bonnan, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Caire, médecin de 1re classe de la marine ; Audouy, ancien médecin des eaux de Challes (Savoie) ; Peltier, d'Ecommoy (Sarthe) ; Gandouet, de Frontenay Rohan (Deux-Sèvres) ; Gaudeffroy, Paul, de Châteauroux (Cher).

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire du médecin de campagne. — Remèdes sous la main, petits moyens thérapeutiques, par le docteur M. Gautier, ancien interne des hôpitaux. — Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, Paris.

Sans médicaments, sans instruments ou appareils spéciaux, éloigné de toute pharmacie, le médecin peut trouver autour de lui des armes précieuses, susceptibles de lui rendre les plus grands services, s'il sait les manier.

Le médecin ne doit pas négliger l'emploi de ces petits moyens ; ils n'éblouissent pas le vulgaire, mais ils sont d'un précieux secours au praticien qui sait s'en servir ; Trousseau ne les méprisait pas, et son exemple peut être suivi.

L'auteur a pensé être utile aux médecins praticiens en réunissant dans ce Formulaire les procédés de traitement les plus simples qu'on puisse mettre en œuvre au moyen des substances usuelles les plus communes. Les médecins trouveront dans ce volume les moyens thérapeutiques applicables, dans les cas les plus fréquents de la pratique courante, en tirant parti des plus minces ressources qui se trouvent à leur portée.

Bien entendu, le praticien, tout en mettant en œuvre les moyens thérapeutiques que nous indiquons, devra se procurer sans retard les médicaments ou instruments dont il ne saurait négliger l'emploi sans commettre une faute lourde.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

51e semaine du 18 au 24 Décembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	10
3 mois à un an	12	3
1 an à 2 ans	4	3
2 à 5 ans	2	1
5 à 10 ans	3	1
10 à 20 ans	1	3
20 à 40 ans	11	6
40 à 60 ans	10	5
60 à 80 ans	16	11
80 ans et au-dessus	»	4
Total	69	47

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	5	9	13
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	4	12	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	4	10	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	1	1	»	1	5	4	6	»	»	2	»	»	»	»	»	4	25	22
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	2	8	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	3	1	»	»	1	»	»	1	»	»	9	19	10
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	5	9	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	2	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	5	11	23
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	3
Total	»	»	»	2	3	2	»	7	15	10	13	»	»	17	1	»	2	»	»	44	116	109

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

Nº 104. Troisième Année, Nº 2. Le Numéro : **10** centimes. 8 Janvier 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

ABONNEMENTS. — Nous prions instamment nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir, aussitôt que possible, le montant de leur abonnement pour 1899, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les accidents gravido-cardiaques et leur traitement,

par le Docteur M. **Oui**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Leçon recueillie par M. **Verhaeghe**, externe des Hôpitaux.

J'ai déjà eu, Messieurs, l'occasion de vous dire que beaucoup de femmes cardiopathes pouvaient mener à bien leur grossesse et que, malgré la fréquence plus grande des avortements ou des accouchements prématurés, l'expérience montrait que les statistiques hospitalières exagéraient singulièrement les dangers que la grossesse fait courir à une femme atteinte d'une lésion orificielle du cœur. Ces dangers existent cependant et des accidents d'une certaine importance peuvent venir troubler la grossesse d'une cardiaque.

Ces accidents sont de deux sortes. Tantôt les troubles qui se produisent sont légers : œdème plus ou moins accentué des membres inférieurs, dyspnée, se produisant surtout à la suite d'un effort ou d'une émotion, palpitations, épistaxis, quelquefois même hématémèses généralement peu abondantes, tels sont les principaux phénomènes morbides qu'on observe le plus communément quand le fonctionnement d'un cœur déjà malade est troublé par le fait de la gravidité.

Ces légers accidents ne compromettent en rien la vie de la mère ni celle du fœtus ; mais on voit quelquefois se produire des troubles plus inquiétants, accidents cardio-pulmonaires dénommés autrefois, par Peter, qui les a très bien et très complètement étudiés, *accidents gravido-cardiaques.*

Ces troubles cardio-pulmonaires ne se produisent guère qu'après le cinquième ou le sixième mois de la grossesse. Ils apparaissent petit à petit, par exagération des palpitations ou de la dyspnée dont je vous parlais tout à l'heure. Les crises deviennent alors de plus en plus fréquentes et de plus en plus accentuées. Ou bien, et c'est là un cas fréquent, les accidents apparaissent tout d'un coup, graves d'emblée, le plus souvent à la suite d'un léger rhume ou d'une petite bronchite. Souvent même c'est l'apparition de ces troubles si graves qui fait faire le diagnostic d'une lésion cardiaque restée jusque-là ignorée de la malade et de son entourage.

Une femme, grosse de six à sept mois, qui, jusqu'alors, a joui, pendant sa grossesse, d'une santé parfaite, prend froid et s'enrhume. Elle tousse pendant un jour ou deux, puis, presque subitement, en quelques heures, on voit se développer chez elle une dyspnée intense. Les mouvements respiratoires deviennent fréquents, haletants, entrecoupés, la face

est violacée, les lèvres sont livides, cette femme asphyxie d'une façon évidente. Parfois, vous verrez encore se produire des hémoptysies, de la bronchorrée, ou plus fréquemment des crachats sanglants, hémoptoïques.

Auscultez cette femme, et dans toute l'étendue des deux poumons vous allez entendre des râles fins, du souffle tubaire, mêlé de nombreux râles crépitants et sous-crépitants. Il existe une congestion et un œdème pulmonaire généralisés qui entravent l'hématose et qui, nombre de fois, ont été constatés à l'autopsie en même temps que des foyers plus ou moins nombreux d'apoplexie pulmonaire, lésions qui sont la conséquence d'une stase capillaire généralisée aux deux poumons.

Dans quelques cas, très rares, les accidents sont à la fois tellement soudains et tellement violents que les secours thérapeutiques peuvent ne pas arriver à temps ; cas très rares, dis-je, car on n'a observé que très peu de morts au cours de la grossesse et une issue fatale ne se produit généralement que pendant les suites de couches.

C'est que, en effet, ordinairement, le cœur est surchargé de travail pendant l'accouchement. Au cours de la période de dilatation, nous savons que chaque contraction utérine est marquée par une accélération des pulsations cardiaques et par une augmentation de la tension artérielle, ce qui constitue un excès de travail léger et intermittent. Plus considérable est la surcharge qui se produit au cours de la période d'expulsion. Pendant les efforts volontaires qui caractérisent cette période, le thorax étant empli d'air et immobilisé, le sang veineux est considérablement gêné dans son cours vers le cœur. Dès que l'effort est terminé, il y a appel brusque de ce sang veineux vers le cœur, afflux sanguin abondant vers les cavités droites. La réaction produite sur le cœur par les efforts d'expulsion est, ainsi, considérable, d'autant plus que les efforts sont plus fréquents et plus prolongés.

Il semble donc que l'accouchement doit être un facteur des plus importants dans l'éclosion des accidents gravido-cardiaques et cependant, Messieurs, il n'en est rien et ces accidents ne débutent pour ainsi dire jamais au cours du travail.

Souvent même, et cette constatation est précieuse à faire au point de vue des indications thérapeutiques, l'accouchement est suivi d'une amélioration sensible d'accidents, même graves, ayant débuté au cours de la grossesse. Il y a, dans ces cas, suivant l'heureuse expression de Peter, à la fois délivrance maternelle et délivrance cardiaque.

Cette amélioration, cependant, n'est point constante. Ou bien l'accalmie qui suit l'accouchement est de courte durée, et après quelques heures, deux ou trois jours même, d'une trompeuse et apparente amélioration, on voit reparaître les accidents qu'on avait cru définitivement arrêtés. Ou bien le calme ne se produit pas un moment, la dyspnée persiste, les pulsations cardiaques restent mal frappées, irrégulières, les troubles asystoliques s'accentuent et la mort est, trop souvent, le terme de ces accidents.

Ces différences que je viens de vous montrer dans l'évolution des troubles cardio-pulmonaires, montre bien, Messieurs, combien sont complexes, ainsi que je vous l'ai déjà indiqué, les éléments qui influent sur eux. Pendant les premiers jours des suites de couches, c'est la tension artérielle qui joue le rôle le plus important. Le cœur, en effet, n'est pas immédiatement, et constamment soulagé après l'accouchement et, malgré l'évacuation de l'utérus, l'hypertension artérielle persiste, dans des proportions variables d'ailleurs, pendant les quelques jours qui suivent l'accouchement. Le cœur continue donc à être surmené bien que son travail ait un peu diminué. Si les lésions cardiaques ne sont pas trop avancées, si le muscle a conservé une énergie suffisante, ce soulagement léger et progressif permet, peu à peu, à l'organe, de reprendre son fonctionnement régulier. Si, au contraire, le myocarde est profondément altéré, si les lésions que je vous ai décrites d'après le très intéressant travail de MM. Vaquez et Millet sont trop étendues, le cœur ne peut soutenir plus longtemps la lutte, l'asystolie se prolonge et s'aggrave.

Cette influence, dangereuse pour un cœur déjà malade et déjà surmené, de la persistance d'une tension artérielle excessive, explique que, dans certains cas, une hémorrhagie de la délivrance puisse avoir des conséquences heureuses pourvu qu'elle soit suffisante pour diminuer la tension vasculaire, sans être assez abondante, toutefois, pour déterminer le collapsus.

Je n'ai point besoin, Messieurs, d'insister sur le danger de ces accidents cardio-pulmonaires. Graves pour la mère, ils sont non moins graves pour le fœtus. L'asphyxie de la mère entraîne en effet souvent l'asphyxie du fœtus et sa mort *in utero*.

Ces accidents, si graves, vous pourrez souvent les éviter. Une sage hygiène, des précautions prophylactiques rigoureuses permettront de mener à bien leur grossesse, à des femmes qui, tout d'abord, pouvaient vous inspirer de sérieuses inquiétudes. Une intervention énergique et suffisamment rapide pourra vous permettre de sauver des femmes gravement compromises auprès desquelles vous ne serez appelés qu'après l'apparition d'accidents cardio-pulmonaires intenses.

Je vous ai dit, déjà, que le pronostic devait être fait d'après chaque cas particulier et que votre opinion sur l'issue d'une grossesse chez une cardiaque doit se baser non pas sur la simple constatation de telle ou telle lésion orificielle, mais sur un examen complet et méthodique des organes importants autres que le cœur : foie, reins, poumons, et aussi sur le genre de vie menée par la femme qui vient se soumettre à votre examen.

C'est à ces considérations que nous allons avoir recours pour établir les mesures prophylactiques qui doivent d'abord nous occuper.

Sous l'influence des premiers travaux publiés sur les rapports des maladies du cœur et de la grossesse, les médecins et les accoucheurs s'étaient notablement exagéré les conséquences de la grossesse survenant chez une cardiaque et presque tous s'étaient ralliés à la formule de Peter : « *Fille, pas de mariage ; femme, pas de grossesse* ; *mère, pas d'allaitement* ».

Cette formule est simple, trop simple pour pouvoir s'appliquer à des cas très différents et nous ne pouvons plus, à l'heure actuelle, accepter des conclusions aussi absolues.

Les faits observés démontrent, en effet, que la grossesse n'a pas sur les lésions cardiaques une influence fatalement grave et, de même que votre pronostic, vos conseils devront être basés sur un examen complet de l'organisme et sur l'appréciation des conditions de milieu dans lesquelles vit la personne qui vient vous consulter.

Plaçons-nous en face d'une jeune fille ou d'une jeune femme qui vient nous consulter sur l'opportunité d'un mariage ou les dangers possibles d'une grossesse.

Si nous constatons que, malgré qu'elle soit atteinte d'une lésion orificielle, le muscle cardiaque est sain, *si jamais il n'y a eu de troubles de compensation, si elle vit dans un milieu favorable au repos et à une bonne hygiène nous autoriserons le mariage ou la grossesse*. Mais notre devoir sera de l'avertir que, si une grossesse survient, elle devra se soumettre à des précautions nécessaires pour sauvegarder son existence et celle de son enfant, et que ces précautions devront lui être indiquées et surveillées par son médecin. Nous la mettrons en garde, également, contre les grossesses répétées à trop courts intervalles, dont l'influence fâcheuse est surabondamment démontrée.

Au contraire, *nous devrons déconseiller le mariage et la grossesse dans tous les cas où déjà se seront montrés des troubles de compensation même légers, surtout si ces troubles coïncident avec un rétrécissement mitral ; dans les cas où la situation sociale de la femme ne lui permettrait pas de prendre, au cours d'une grossesse, les ménagements indispensables ; dans les cas, enfin, où il existe une albuminurie persistante, des lésions hépatiques ou des lésions pulmonaires*. L'intégrité parfaite de ces organes acquiert, en effet, dans le cas qui nous occupe, une importance de premier ordre.

Pour ce qui regarde l'allaitement, il est indéniable qu'il constitue une cause de fatigue pour la mère et il est nécessaire de l'interdire si le myocarde est atteint et si des troubles de compensation existent nettement. Mais, dans le cas contraire, à condition d'être *bien réglé, bien surveillé*, l'allaitement ne crée pas un surmenage dangereux et, dans ces conditions, on a vu des cardiaques allaiter, même plusieurs fois, avec un plein succès, et sans que leur santé fût compromise.

Vous pouvez également, Messieurs, être appelés à donner vos soins à une femme enceinte chez laquelle l'examen vous fait découvrir une lésion cardiaque ; mais chez laquelle aussi, *il n'y a pas d'accidents*.

Ici, pas de thérapeutique active, parfaitement inutile et qui pourrait devenir dangereuse.

Contentez-vous de soins hygiéniques et procurez à votre malade le repos physique et le repos moral.

Tout d'abord, faites prendre les précautions nécessaires pour éviter les *refroidissements*, causes fréquentes de rhumes, de bronchites, de légères congestions pulmonaires qui peuvent être, comme je vous le disais au début de cette leçon, le point de départ de redoutables complications. Ne perdez point de vue, cependant, que cette crainte des refroidissements ne doit pas vous amener à ordonner une véritable claus-

tration qui serait plus nuisible qu'utile. Permettez, recommandez même un exercice modéré, un peu de marche en plein air quand les conditions atmosphériques le permettent. Cet exercice ne peut être nuisible, *à condition d'éviter la fatigue*.

Le régime alimentaire doit, aussi, être strictement surveillé. Il importe de ne surmener ni le foie, ni les reins dont le rôle est capital. L'alimentation doit donc être réglée de façon à produire le minimum possible de toxines intestinales; végétaux, œufs, viandes blanches seront données de préférence aux viandes rouges, et à l'exclusion du poisson et du gibier. Le lait vous sera également d'un grand secours, et suivant l'exemple de Jaccoud et de Vinay, vous prescrirez avec avantage l'absorption quotidienne d'un litre de lait. Ce régime sera suffisant, si les reins fonctionnent bien; mais si les urines contiennent de l'albumine, c'est au régime lacté absolu que vous devrez avoir immédiatement recours, sans atténuation aucune.

Il y a des accidents légers : œdèmes, palpitations, dyspnée, bronchite.

Alors, *le repos absolu est de rigueur*. Vous exigerez le repos à la chambre et ne permettrez aucune sortie, surtout en hiver. Quelques auteurs, Vinay, entre autres, conseillent même de maintenir les malades au lit, mesure qui nous paraît un peu trop rigoureuse si les accidents sont très légers et qui peut, même, avoir quelque inconvénient, le décubitus horizontal augmentant souvent l'encombrement de la circulation pulmonaire. A ces précautions, vous joindrez le régime lacté absolu, l'administration de digitale à doses fractionnées et l'emploi de quelques légers purgatifs salins.

Le plus souvent, les troubles légers céderont à ces moyens thérapeutiques ; mais il n'en est pas toujours ainsi et vous vous trouverez, dans quelques cas, en face *d'accidents graves*; congestion et œdème pulmonaires, albuminurie, qui demandent une intervention énergique.

Toutes les mesures que je viens de vous indiquer sont également applicables à ces cas graves et vous y ajouterez avec avantage les *inhalations d'oxygène* qui soulagent considérablement la dyspnée et qui, facilitant l'hématose, permettent de parer, en partie, aux accidents d'asphyxie. Mais de tous les moyens que la thérapeutique médicale met à notre disposition, la *saignée* est celui qui peut vous rendre les plus grands services. Peter, qui l'a énergiquement recommandée, lui a dû de beaux succès. Vous l'emploierez donc et vous ferez sans hésitation, quand des troubles asphyxiques apparaîtront, une saignée d'environ 300 à 400 grammes. Une accalmie suivra, le plus souvent, accalmie qui, dans certains cas, sera malheureusement passagère. Ne perdez pas alors votre temps à continuer un traitement médical impuissant ; prenez sans tarder une résolution plus énergique et n'hésitez pas à *provoquer l'accouchement prématuré*.

Cette intervention devra, le plus possible, être faite dans une période d'accalmie ; mais quand les événements se précipitent avec une telle rapidité que la vie de la femme court un danger pressant, intervenez même quand la malade est en pleine crise d'œdème pulmonaire. C'est le seul moyen de salut et je me suis, pour ma part, félicité de l'avoir employé pour une femme dont l'état était si grave que l'interne qui m'avait appelé auprès d'elle, la considérant comme agonisante, avait préparé l'appareil instrumental nécessaire pour pratiquer l'opération césarienne *post mortem*.

L'accouchement prématuré compte cependant des adversaires décidés, bien que le nombre des accoucheurs qui y sont opposés diminue tous les jours.

Deux raisons sont invoquées contre cette méthode thérapeutique, raisons que nous allons examiner et discuter.

Le travail de l'accouchement peut aggraver les troubles cardiaques et augmenter, par conséquent, les dangers, déjà graves, qui menacent la mère.

L'accouchement prématuré donne naissance à un enfant faible, dont la vitalité est compromise et qui risque de succomber au bout de quelques jours.

Voyons, Messieurs, ce que valent ces objections.

Il est indéniable, et je vous l'ai dit au début de cette leçon, que les accidents sont parfois aggravés par le travail de l'accouchement ; mais ce fait est loin d'être constant et, dans nombre de cas, la délivrance est suivie d'une amélioration incontestable.

Les conditions seront-elles plus favorables lorsque, pendant plusieurs semaines, vous aurez laissé les troubles cardiaques s'aggraver et l'accouchement à terme et spontané n'offrira-t-il pas de plus grands dangers que l'accouchement prématuré provoqué à temps, avant que l'énergie cardiaque ait été épuisée.

En réalité, le plus souvent, les insuccès sont dus à une intervention trop tardive, soit que le médecin ait été appelé à une période trop avancée, soit qu'il ait

temporisé outre mesure. Le traitement obstétrical n'a pas été nuisible, il a été impuissant, comme le sont, dans certains cas, toutes les méthodes thérapeutiques.

Est-il vrai, cependant, que l'accouchement prématuré compromette les intérêts de l'enfant, que vous ne devez jamais perdre de vue ?

Non, Messieurs, car chaque fois que la mère présente des accidents pulmonaires graves, chaque fois que ces accidents se prolongent, la vie du fœtus est par cela même en danger, si bien *que l'enfant succombe presque constamment avant la mère.*

Cela n'est contesté sérieusement par personne, si, pratiquant l'accouchement prématuré, nous obtenons un enfant un peu débile, nous le soustrayons, en revanche, aux dangers de mort par asphyxie qu'il courait dans le sein maternel et nous sauvegardons ses intérêts, tout aussi bien que ceux de la mère.

Aussi n'hésiterez-vous pas à avoir recours, quand l'indication vous en sera nettement démontrée, à une méthode dont les preuves sont faites ; mais vous vous rappellerez que l'accouchement doit être rapidement conduit et que moins longue sera la durée du travail, plus grandes seront les chances de salut pour la mère et pour l'enfant.

C'est pourquoi vous vous adresserez, de préférence à tout autre moyen, au ballon de Champetier de Ribes dont vous connaissez la sûreté et la rapidité d'action.

De même, vous aurez soin d'abréger le plus possible la période d'expulsion, celle pendant laquelle les efforts volontaires retentissent si défavorablement sur le cœur. Le forceps est alors tout naturellement indiqué dans les présentations de l'extrémité céphalique.

Une question se pose, à ce sujet, qui divise quelque peu les accoucheurs. Faut-il avoir recours à l'*anesthésie chloroformique ?*

On peut, je crois, sans faire courir de nouveaux dangers à la femme, employer le chloroforme s'il n'y a que des accidents légers, mais à la condition expresse que l'administration en soit faite très attentivement par un aide expérimenté. Mais, pour ma part, je préfère ne point user du chloroforme lorsqu'il existe des troubles respiratoires intenses.

L'accouchement terminé, tout danger n'est pas écarté. Il peut encore survenir des embolies cérébrales ou pulmonaires ; de la congestion et de l'œdème du poumon ; du catarrhe suffocant combiné ou non à l'asthénie cardiaque.

Tous ces accidents sont justiciables des mêmes moyens que vous emploieriez pour les combattre en dehors de l'état puerpéral.

Contre les accidents pulmonaires, les ventouses sèches ou scarifiées, les inhalations d'oxygène, la saignée, peuvent vous donner de très bons résultats. La morphine en injections hypodermiques à doses très fractionnées a été utile dans quelques circonstances, et Vaquez et Millet s'en louent fort.

Contre l'asthénie cardiaque, vous recourrez aux toniques du cœur : injections hypodermiques d'éther ou de caféine, préparations de digitale mais seulement quand l'encombrement pulmonaire tendra à diminuer.

Les diurétiques, le lait surtout, le meilleur de tous, vous seront également fort utiles. Usez-en largement. Malheureusement, beaucoup de femmes n'en peuvent prendre qu'en petite quantité et la diurèse, alors, est insuffisante. Dans un cas de ce genre, j'ai eu recours à l'administration de lactose qui m'a donné des résultats très appréciables et que je vous conseille d'employer au besoin.

Enfin, il importe également de procurer à ces femmes le plus de repos et de sommeil possible. Le meilleur médicament sera celui qui, à dose thérapeutique, n'aura sur le cœur aucune action nuisible. Pinard a employé, dans ce but, le chloralose, à la dose de 15 à 20 centigrammes et le conseille de préférence à tout autre médicament.

Il nous reste maintenant à examiner quelle conduite vous devez tenir dans le cas où la mort de la mère se produirait avant que l'accouchement fût effectué.

Dans ce cas, vous devrez vous inspirer des règles générales qui régissent l'intervention *post mortem* et avoir recours soit à l'opération césarienne, soit à l'accouchement accéléré par les voies naturelles, suivant les conditions particulières à chaque cas, conditions que nous étudierons à loisir dans une leçon ultérieure.

Cette intervention, vous avez le devoir absolu de la tenter. Vous avez quelques chances d'avoir un enfant vivant, si la mort de la mère a été très rapide, comme celle qui est occasionnée par une grosse embolie pulmonaire. Ces chances seront considérablement réduites si la mort a été le résultat d'accidents asphyxiques prolongés et ce n'est alors que très exceptionnellement que vous obtiendrez un enfant vivant.

Vous le voyez, Messieurs, votre rôle peut être, dans les cas dont je vous ai entretenu, extrêmement important. Non seulement vous pouvez, par une intervention hardie, conjurer des accidents d'une gravité considérable ; mais surtout vous pouvez, par vos conseils éclairés, éviter l'éclosion de ces accidents. Ne l'oubliez pas et ne négligez jamais d'examiner le cœur de toute femme enceinte qui viendra vous consulter, quand bien même aucun symptôme ne vous ferait prévoir une lésion cardiaque.

FAITS CLINIQUES

Péritonite tuberculeuse à forme ascitique ; laparotomie ; anus contre nature spontané au niveau de l'incision 65 jours après ; tuberculose pulmonaire ; mort.

par **J. Drucbert**, interne des hôpitaux

Jeanne L., âgée de 26 ans, couturière, entrée le 20 août 1898, dans le service de M. le professeur Combemale, a vu son père mourir d'aliénation mentale, sa mère de tuberculose pulmonaire à l'âge de 43 ans.

Réglée sans accidents depuis l'âge de 15 ans, cette femme a deux enfants bien portants, âgés l'un de cinq ans, l'autre de trois ans ; ses accouchements ont été normaux et à terme ; les suites de couches ont été bonnes ; pas d'avortements, pas de maladies antérieures.

La malade allaitait son dernier enfant depuis dix-sept mois, quand, au début de l'année 1898, elle entra à l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin, non pas qu'elle toussât ou souffrît ; elle n'avait ni diarrhée, ni constipation, ni leucorrhée, elle se plaignait seulement d'une grande lassitude.

Après un séjour de sept semaines, sa faiblesse ne diminuant pas, elle quittait l'Hôtel-Dieu, en juillet 1898 ; l'appétit était excellent, exagéré même, mais la malade avait des sueurs abondantes, surtout le soir. Depuis le mois de décembre 1897, elle s'était aperçue que son ventre augmentait de volume, mais cet accroissement très lent ne l'avait pas inquiété tout d'abord ; depuis sa sortie de l'hôpital de Saint-Quentin il est devenu beaucoup plus rapide.

Lors de son entrée, cette malade est faible, anémiée, très amaigrie ; elle ne présente ni diarrhée, ni constipation, elle est parfois tourmentée par des coliques extrêmement douloureuses, mais de peu de durée. La respiration est normale, sauf peut-être un peu d'obscurité aux sommets. La malade ne tousse pas, elle n'a jamais eu d'hémoptysies ; sa voix est faible mais d'un timbre normal ; d'autre part pas de fièvre.

Le volume du ventre contraste avec la maigreur générale du corps ; il y a de la matité complète dans les flancs, à la partie antérieure de l'abdomen et même au-dessus de l'ombilic ; on ne trouve de sonorité qu'à l'épigastre. Les changements d'attitude de la malade ne déplacent pas le siège de cette matité. Une chiquenaude produit le phénomène du flot. Le maximum de circonférence de l'abdomen atteint 96 centimètres. Il y a là évidemment une vaste collection liquide enkystée occupant toute la partie inférieure de l'abdomen et remontant même au dessus de l'ombilic. Cette collection comprime la vessie, gêne son ampliation ; aussi la malade a-t-elle de fréquentes envies d'uriner.

L'état général de la malade, ses antécédents (mère tuberculeuse), les signes locaux font porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Une intervention chirurgicale est proposée et acceptée.

La malade passe dans le service de chirurgie, et le 25 août M. le professeur agrégé Carlier pratique une laparotomie. Evacuation d'un liquide citrin assez abondant. Le péritoine est très épaissi par les fausses membranes qui le tapissent : dans le petit bassin et surtout du côté de la trompe gauche il est couvert de dépôts caséeux. L'intestin est fortement rétracté en haut vers le diaphragme.

Après l'évacuation du liquide, le péritoine est nettoyé à la gaze iodoformée. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on est frappé par un organe bizarre, sorte de cordon de la grosseur d'un doigt, recouvert lui aussi de fausses membranes, semblant aller de l'ombilic vers la vessie, mais on n'a pas le loisir de l'examiner ; et la plaie est refermée sur le champ.

Pas de suites opératoires. La plaie se cicatrice par première intention ; les crins sont enlevés le dixième jour. L'ascite ne se reproduit plus et les envies fréquentes d'uriner ont disparu. Grâce à la conservation de l'appétit l'état général de la malade se relève un peu, les forces peuvent renaître et l'amaigrissement disparaître.

Mais le 15 septembre 1898, la cicatrice cutanée rougit, s'ulcère, et livre passage aux catguts qui suturaient l'aponévrose. Il en résulte une plaie anfractueuse, atone, sans tendance à la cicatrisation, car l'état de la malade s'est aggravé ; pendant trois jours elle est tourmentée par des vomissements qui s'opposent à toute alimentation solide ou liquide.

Ces vomissements cèdent au menthol, mais depuis la malade mange peu, s'affaiblit et maigrit rapidement. Le processus tuberculeux envahit rapidement du reste l'appareil pulmonaire : l'induration devient manifeste, puis l'ulcération des granulations s'effectue avec son cortège accoutumé de fièvre, de toux et d'infection, de sueurs nocturnes. La malade retourne dans le service de médecine, où le pansement quotidien est fait avec soin.

Le 2 novembre, vers cinq heures du soir, la malade se sent baignée par une quantité de liquide d'odeur infecte sortant par la plaie. Il s'est fait une perforation de l'intestin au niveau de la plaie, et des matières verdâtres, très liquides et très odorantes, sortent constamment par cet anus contre nature situé sur la ligne blanche.

Le 4 novembre on trouve dans le pansement un ascaride lombricoïde. A dater de ce jour, la cachexie

est rapide, et la malade meurt le 10 novembre 1898.

L'autopsie n'a pu être pratiquée que partiellement : néanmoins les constatations suivantes, fort intéressantes, ont pu être faites.

A travers la plaie abdominale agrandie, on constate que l'abdomen est partagé en deux par des amas de fausses membranes. Une partie supérieure comprend l'intestin fortement rétracté sous le foie, vers la colonne vertébrale ; le calibre de l'intestin est diminué, les anses sont agglutinées par des adhérences qui apparaissent quand on les étire sous forme d'une multitude de petits cordages. La cavité inférieure est une vaste poche à parois épaisses recouvertes de formations caséeuses ; le cordon qui la traverse et qui nous intrigua lors de la laparotomie, est l'épiploon rétracté en un cylindre et fortement attaché par des adhérences au péritoine pariétal un peu au-dessous de la symphyse pubienne. A sa partie moyenne il est aminci, ulcéré ; après avoir traversé la tente que forment les fausses membranes il pénètre dans l'étage supérieur de l'abdomen et reprend sa forme étalée. Toute cette cavité inférieure est remplie de matières intestinales très liquides ; si on la vide sous un courant d'eau ; on peut par pression sur la partie supérieure de l'abdomen la remplir de nouveau de matières verdâtres ; une anse d'intestin grêle adhérente au dôme de fausses membranes présente une perforation de la grandeur d'une pièce de dix sous. Les matières devaient donc séjourner dans le péritoine qui évacuait son trop plein par la plaie abdominale.

Cette observation est celle d'une péritonite tuberculeuse dont le point de départ semble avoir été dans un tubercule de la trompe gauche Les lésions ont évolué au début très insidieusement et un allaitement prolongé a eu sur elles l'influence la plus néfaste, puisque les premiers symptômes, amaigrissement et affaiblissement progressifs, datent des derniers mois de cette allaitement. La laparotomie a dans ce cas fait disparaître définitivement l'ascite : pendant quelque temps on avait même pu espérer une guérison totale ; mais la tuberculose péritonéale a repris son évolution ; le processus s'est même généralisé, et une ulcération de l'intestin amenant la perforation est venue hâter le dénouement.

Clinique Médicale de la Charité

Service de M. le Professeur COMBEMALE

Zona et tuberculose

par **G. Mouton**, interne des hôpitaux.

Il existe un rapport, sinon étroit et constant, du moins très important, entre les manifestations zostériennes et la tuberculose. LEUDET, le premier, le 26 août 1878, dans un mémoire présenté à l'*Association française pour l'avancement des Sciences* montra le rapport de causalité qui unit la phtisie au zona. Non pas que l'herpès zoster soit fréquent chez les tuberculeux, — BARIÉ (*Soc. méd. des hôp.* 1887) et son élève P. LEROUX (*Thèse. Paris* 1888) émettent d'ailleurs la même opinion —, mais inversement parce que les porteurs de zona sont fréquemment tuberculeux, hérédo-tuberculeux ou prédisposés tuberculeux (MILLON. *Tr. des mal. de l'Enfance*, Tome V). Mieux encore, le zona pourrait être, parfois, le signe avant-coureur, prodromique de l'infection tuberculeuse ; les observations de LEMONNIER rapportées dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie* (1890, p. 135), ainsi que la thèse plus récente de ROUHER (Paris 1897), viennent étayer cette façon de voir.

Quant à donner de ces faits une explication pathogénique satisfaisante, la chose est moins aisée.

Pour GUÉNEAU DE MUSSY (*Clin. méd.* 1871), PERROUD, ALTEMAIRE (*Thèse*. Paris, 1879), LEUDET, ce serait là le résultat d'une action réflexe à points de départ variables (poumons, plèvre) arrivant au tégument externe par des voies multiples (pneumogastrique, filets anastomosiques du plexus pulmonaire, nerfs rachidiens, intercostaux). LEUDET, tout d'abord, avait invoqué un mécanisme un peu différent et croyait à une perturbation vaso-motrice. Ces hypothèses n'avaient point de substratum anatomique et ce n'est qu'en 1886 que RAYMOND parle d'une lésion de la moelle ou des méninges spinales, assertion confirmée par les recherches histologiques (CHANDELUX, HAYEM, CHATEAUFORT, LIOUVILLE, HABERSHON, CHVOSTECK, SCHULTZE). Mais la lésion spinale, aujourd'hui, ne semble plus être le seul facteur morbide du zona des tuberculeux : la notion de l'infection domine maintenant la conception pathogénique et l'herpès zoster ne serait plus qu'une névrite infectieuse survenue dans une infection quelle qu'elle soit (tuberculose, dothiénentérie). PETER (*Clin. méd.*), LANDOUZY, JOFFROY, EISENLOHR STRUMPELL, OPPENHEIM, PITRES et VAILLARD surtout, font du zona une névrite parenchymateuse.

Donc, chez un malade atteint de zona, il y aura toujours lieu de s'enquérir de son état de santé, et souvent on sera amené à constater une tuberculose à un stade variable de son évolution. Généralement, et c'est là l'opinion de la majorité des auteurs, la maladie aura déjà franchi bien des étapes et amené des lésions irrémédiables.

Ne peut-on alors, dans ces conditions, considérer l'herpès zoster comme une névrite résultant de l'irritation, de l'inflammation du parenchyme voisin, sous-jacent ? Cette explication, pour le cas de zona intercostal, est, en tout cas, séduisante et justifiée. BARIÉ et BEAU (*Un. Méd.*, 21 juillet 1849) l'ont admise. Il faut pourtant savoir que l'éruption zostérienne a été rencontrée en maints endroits, pourtant éloignés du foyer tuberculeux pleuro-pulmonaire, comme la face, le cou, la région lombo-abdominale et les membres inférieurs.

Nous avons eu récemment la bonne fortune de rencontrer, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, un malade atteint de zona intercostal, chez lequel la lésion trophoneurotique de la peau était superposée à une lésion pleuro-pulmonaire, au même niveau et du même côté.

Ce cas confirme ce que nous venons de dire au sujet des liens qui unissent le zona et la tuberculose et c'est à ce titre que nous allons le rapporter en quelques lignes :

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, V..., Alphonse, entré dans nos salles le 9 décembre dernier pour des douleurs vives dans la région thoracique droite. De plus, le malade tousse, crache et a maigri.

Sa mère est morte d'un cancer du sein gauche ; son père, qui trouvait les charges de la paternité trop lourdes, avait quitté sa femme et ses enfants : nous ne savons donc rien sur son histoire pathologique.

Seul enfant avec une fille morte subitement, cet homme affirme s'être très bien porté pendant les premières années de sa vie ; à l'âge de dix-sept ans, il contracte une fluxion de poitrine, surtout localisée à droite, et qui le cloue au lit pour six semaines. Quel a été l'endroit le plus lésé, à cette époque, la plèvre ou le poumon, il est difficile de le dire ? Le malade n'a pas été ponctionné cependant.

Son affection a dû laisser des traces et des séquelles : le conseil de revision, en effet, le réforme pour bronchite.

Depuis lors, son état va périclitant et sa santé devient très précaire. Il se met à maigrir, perd ses forces et fait à l'hôpital plusieurs séjours. Il rentre pour la troisième fois le 9 décembre.

A l'examen, l'attention, vu les symptômes, est dirigée vers la poitrine. Il est alors aisé de voir que cet homme est porteur d'un superbe zona intercostal droit. Nous ne nous attarderons pas à décrire la lésion : c'est un hémi-zona classique, s'étendant sans interruption sur tout le trajet des cinquième, sixième et septième nerfs intercostaux. La douleur est très vive, et c'est d'ailleurs en grande partie pour cela que le malade s'est fait hospitaliser.

Voici maintenant ce que l'auscultation pulmonaire nous a révélé :

En avant, à droite comme à gauche, peu de chose, sauf une respiration un peu rude et du retentissement vocal.

En arrière, à gauche, dans la fosse sous-épineuse, il y a un petit point très limité et très sensible où l'on entend du tintement métallique, de la résonnance de la voix ; le bruit d'airain est perçu ; respiration, toux et voix ont un timbre amphorique. Interrogé, le malade se rappelle qu'il y a quatre semaines il a éprouvé à ce niveau une violente douleur et qu'il dut s'aliter. Il s'est donc fait là une rupture, une fistule pleuro-pulmonaire.

Dans le reste du poumon gauche, il existe des signes de bronchite avec prédominance de gros râles au sommet.

L'auscultation du poumon droit, en arrière, est, pour le moins, aussi intéressante.

Outre la bronchite existant dans la partie supérieure du parenchyme, on trouve à la base et à la partie moyenne des signes très nets de pleurésie. L'obscurité respiratoire est presque absolue au niveau du lobe moyen ; à la base se perçoivent de très nombreux frottements, superficiels, synchrones avec les mouvements d'ampliation et de retrait du thorax.

L'expectoration renferme le bacille de KOCH.

Rien de particulier à noter à l'examen des autres appareils.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — BÉCLÈRE, CHAMBON, MÉNARD et JOUSSET. Le sérum de l'homme et des animaux immunisés contre l'infection vaccinale ou variolique possède un pouvoir antivirulent.

Académie de Médecine. — LANCEREAUX. Traitement efficace de la sclérodermie et du rhumatisme chronique par l'iodothyrine.

Société de Biologie. — HAYEM. Un cas de leucémie aiguë. — Réaction de la moelle osseuse par les hématoblastes dans le processus de rénovation sanguine.

— LE ROY DES BARRES. Streptocoques et sérum de Marmoreck : immunisation contre un échantillon quelconque.

— LABORDE, puis DEJERINE, CHARRIN, BOUCHARD. La résection du sympathique ni ne prévient ni ne guérit l'épilepsie expérimentale ou jacksonienne.

Société de Thérapeutique. — MARTIN. Des solutions salines dans les infections.

— DESNOS. Le sérum salé dans les maladies des voies urinaires.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Diagnostic clinique de certaines formes de bronchite albuminurique avec la tuberculose pulmonaire (Hirtz et Merklen. *Presse médicale*, 1898, n° 106).

Un symptôme bien connu et très fréquent, au cours du mal de Bright, c'est la bronchite albuminurique (Lasègue), le mot bronchite comprenant ici tous les accidents broncho-pulmonaires.

La bronchite albuminurique est essentiellement polymorphe ; soit par ses lésions (œdème pulmonaire avec ou sans congestion concomitante, bronchite vraie, broncho-pneumonie), soit par sa distribution (forme généralisée, forme partielle avec prédominance aux bases, à la région axillaire, aux sommets).

Dans le cas de localisation aux sommets, elle peut revêtir tout-à-fait la forme de la tuberculose pulmonaire, et le diagnostic est d'autant plus difficile que la phtisie commune peut, de son côté, se compliquer de lésions rénales avec albuminurie et œdèmes.

Voici les principaux éléments qui permettent dans ce cas de fixer le diagnostic.

1° *Signes physiques.* — La bronchite albuminurique donne à l'auscultation du sommet, un foyer de râles crépitants fins abondants, ayant la valeur stéthoscopique de craquements.

Mais la respiration n'est pas soufflante ; le murmure respiratoire n'est pas changé dans son timbre ; il n'y a pas de modifications dans la résonnance de la voix ; pas d'altération de la sonorité normale, pas d'exagération des vibrations. En un mot, pas de signes d'induration pulmonaire.

2° *Signes fonctionnels.* Dans la bronchite albuminurique le malade tousse peu, expectore peu (crachats filants et visqueux). Il y a des accès de dyspnée, comparables à des accès d'asthme et hors de proportion, par leur intensité, avec le peu de lésions constatées à l'auscultation.

3° *Signes tirés de l'évolution.* — La bronchite albuminurique est variable, mobile, capricieuse dans ses signes. Les foyers de bronchite, loin d'être fixes et immuables comme dans la tuberculose pulmonaire, apparaissent et disparaissent sur place du jour au lendemain pour réapparaître en d'autres points.

4° *Signes bactériologiques.* — Absence de bacilles de Koch.

Desoil.

VARIÉTÉS

La médecine de frontières.

Cette question offre un grand intérêt pour un certain nombre de nos confrères de la frontière belge. Nous reproduisons un rapport présenté sur ce sujet au Comité consultatif d'hygiène par le Dr Gilbert Ballet :

« En ce qui concerne le quatrième et dernier de leurs vœux que nous croyons devoir apprécier tout d'abord, les médecins français demandent qu'il soit interdit aux médecins belges de fournir sur notre territoire des médicaments d'aucune sorte. Ils font observer qu'un médecin français ayant un pharmacien dans sa résidence ne peut fournir de médicaments à ses clients dans une localité voisine où il n'y a pas d'officine, alors que le médecin belge est autorisé à le faire. L'article 3 de la convention franco-belge dit, en effet, que les médecins auront le droit de délivrer des médicaments dans les communes limitrophes de l'autre pays quand ils sont autorisés à le faire au lieu de leur domicile. Il résulte de la latitude laissée par cet article un réel dommage pour les médecins français, qui ne nous paraît aucunement compensé par les avantages que les populations de la frontière retirent de la tolérance accordée aux médecins belges. L'article 3 de la convention est tout à l'avantage de ces derniers sans réciprocité pour nos compatriotes.

» Avant de se prononcer au sujet des vœux 1, 2 et 3 des médecins de la vallée de la Meuse, vœux qui visent, on l'a vu l'autorisation accordée aux praticiens belges de contracter des engagements avec les collectivités, de délivrer des certificats valables devant une juridiction française, de se rendre à jour fixe dans un local déterminé, la Commission a pensé qu'il était nécessaire de connaître l'avis des préfets des départements limitrophes sur les conditions dans lesquelles les conventions fonctionnent et sur l'utilité qu'elles peuvent avoir pour les populations. Or, voici, à cet égard ce qui résulte de l'enquête poursuivie par le ministre. Nous ne retracerons que les avis émis par les préfets des départements limitrophes de la Belgique et du Luxembourg : ceux qui ont été émis par les préfets des départements voisins de la frontière suisse n'ont pas pour nous le même intérêt, la convention franco-suisse n'ayant pas été le sujet de protestations analogues à celles qu'ont suscitées les conventions avec le Luxembourg et la Belgique.

» Nous avons reçu communication des avis des préfets des cinq départements intéressés, Nord, Aisne, Ardennes, Meuse, Meurthe-et-Moselle. Le préfet de l'Aisne écrit que les conventions ne sont pas appliquées dans son département ; celui de la Meuse, que les rapports des médecins belges avec les populations françaises sont peu fréquents et qu'il n'a été saisi d'aucune reclamation contre la convention en vigueur. Quant aux préfets du Nord, des Ardennes et de Meurthe-et-Moselle, c'est-à-dire des trois départements que les conventions intéressent principalement, ils s'accordent à reconnaître qu'à certains égards lesdites conventions sont défectueuses et ont donné lieu à des abus. « J'estime, dit le préfet du Nord, qu'il y a lieu de limiter l'application aux seules communes françaises ou belges dépourvues de médecins ». « Je crois, dit le

préfet de Meurthe-et-Moselle, que la zone de 20 kilomètres (en fait, il n'est pas question de zone de 20 kilomètres dans les conventions) fixée par les conventions est trop vaste. Elle pourrait, par exemple, être réduite aux communes immédiatement limitrophes, ou tout au moins à une distance de 5 kilomètres de chaque côté de la frontière ». Enfin, le préfet des Ardennes estime qu'il y a lieu de maintenir les conventions, mais il est d'avis de les modifier dans le sens indiqué par les médecins de la vallée de la Meuse dont il considère les vœux comme légitimes.

» Ces vœux, que nous avons énumérés plus haut et sur lesquels nous allons revenir, ont semblé à la commission devoir être pris en sérieuse considération.

» Toutefois, après entente avec le représentant au comité du Ministère des affaires étrangères, il a paru que ce serait recourir à une procédure dont la complication dépasserait l'importance des réclamations, d'ailleurs fort bien fondées, que de dénoncer les conventions. Nous nous sommes demandé si, sans toucher à ces dernières, il ne serait pas possible de donner satisfaction, au moins sur les points principaux, aux médecins français, et il nous a paru qu'il suffirait pour cela d'exiger l'application rigoureuse des conventions dans leur esprit et dans leur texte. On arriverait ainsi à éviter des abus dont ces conventions ont été le prétexte, et les médecins de la frontière paraissent avoir à se plaindre surtout de ces abus.

» Au reste, reprenons un à un les vœux des médecins de la vallée de la Meuse et voyons dans quelle mesure ils sont légitimes et peuvent être satisfaits.

» Nous avons parlé plus haut du quatrième, relatif à la délivrance des médicaments.

» En ce qui concerne le troisième : défense aux médecins belges de se rendre à jour fixe ou plusieurs fois par semaine dans un local déterminé, l'interdiction réclamée nous semble l'être à juste titre. Les conventions autorisent les médecins étrangers à se rendre à l'appel des malades dans les communes limitrophes; mais c'est, à notre sens, en fausser l'esprit que de laisser ces médecins prendre en France un domicile de fait et c'est bien, professionnellement parlant, élire domicile que de se retrouver, à jour fixe, dans un local désigné d'avance et toujours le même ; le médecin, dans ce cas, ne répond plus à l'appel du malade, c'est plutôt le malade qui répond à l'appel du médecin.

» Quant au premier vœu : défense aux médecins étrangers de contracter des engagements avec les collectivités, bureaux de bienfaisance, sociétés de secours mutuels, industriels, compagnies d'assurances, il ne paraît pas possible, du moment où la convention autorise un malade à recourir aux soins du médecin belge ou luxembourgeois, d'enlever cette latitude à un groupe de malades ou à une collectivité. Mais nous dirons tout à l'heure dans quelle limite on la peut restreindre.

» D'autre part (deuxième vœu), on ne peut pas interdire à un malade français soigné par un médecin étranger, de faire constater son état par ce médecin, et aux tribunaux de tenir compte dans la mesure qu'ils jugent convenable des attestations produites. Aussi paraît-il difficile de défendre aux médecins étrangers, comme le demandent ceux de la vallée de la Meuse, « de délivrer des certificats valables devant une juridiction française ».

» En résumé, par voie administrative et sans toucher au texte des conventions, on ne peut donner satisfaction aux médecins français de la frontière qu'en ce qui concerne le droit laissé en pratique aux médecins belges de se rendre sur notre territoire, à jours fixes ou plusieurs fois par semaine, dans un local déterminé. En supprimant cette latitude illégale, on ferait disparaître l'un des abus dont se plaignent le plus nos compatriotes

» Les divers ministères pourraient aussi donner des ordres pour qu'il ne soit, dans les habitudes courantes, fait appel qu'aux médecins français quand il s'agit d'un service public.

» Reste la question de la fourniture des médicaments, de la délivrance des certificats valables devant la juridiction française, enfin des engagements avec les collectivités. Nous avons dit plus haut qu'il était impossible légalement de donner sur ces points pleine satisfaction aux médecins français. Toutefois, on peut leur donner une satisfaction partielle, qui nous paraît devoir atténuer dans une très large mesure les abus contre lesquels ils protestent.

» Il suffirait pour cela d'exiger que les conventions fussent appliquées dans leur rigueur. Or, le texte de ces conventions détermine, en ce qui concerne la frontière luxembourgeoise, les communes où les médecins luxembourgeois peuvent se rendre; en ce qui concerne la frontière belge, il est dit, que seuls peuvent exercer en France les médecins établis dans les communes belges limitrophes et qu'ils ne peuvent exercer que dans les communes françaises également limitrophes. A la faveur de cette épithète, les médecins étrangers ont pénétré plus ou moins sur notre territoire. Il ne serait que juste de les obliger à rétrograder au delà des limites qu'ils n'auraient pas dû franchir.

» Les intérêts des populations, hâtons-nous de le dire, ne seraient en aucune façon lésés par ce retour au texte strict des conventions. Les préfets des départements que ces conventions visent ont été consultés à ce sujet. Nous avons les réponses de ceux du Nord, de l'Aisne, des Ardennes, de la Meuse, de Meurthe-et-Moselle. Elles sont unanimes à reconnaître qu'il n'y aurait aucun inconvénient pour les populations à n'admettre les praticiens belges à n'exercer leur art que dans les communes limitrophes, c'est-à-dire qui touchent par un point la frontière, sans autre extension ni tolérance, dit le préfet du Nord.

» En résumé, le Comité estime : 1° que les vœux formulés par les médecins de la vallée de la Meuse et de l'arrondissement de Sedan sont, dans leur ensemble, légitimes et fondés;

» 2° Qu'on peut leur donner en grande partie satisfaction sans aller jusqu'à la dénonciation des conventions;

» 3° Qu'il y a lieu de faire disparaître la tolérance abusive en vertu de laquelle, contrairement au texte et à l'esprit des conventions, certains médecins étrangers se rendent en France, à jours fixes ou plusieurs fois par semaine, dans un local déterminé pour y donner des consultations;

» 4° Qu'on doit interdire aux médecins belges d'exercer au delà des communes rigoureusement limitrophes ».

Sonnet du Docteur

CONGESTION CÉRÉBRALE

Un soir qu'il se sentait la visière moins nette,
Mon grand-oncle Bernard, vert encore, mais très vieux,
S'inspirant d'un menu savant et copieux,
Fit largement honneur aux talents de Jeannette.
Puis son menton pesa plus lourd sur la serviette ;
Un chœur de feux-follets dansa devant ses yeux
Et, son âme quittant la table pour les cieux,
Il mourut doucement le nez sur son assiette.
Seigneur, Seigneur mon Dieu, je suis à vos genoux !
Ecoutez un pécheur qui tremble devant vous,
Et vous redoute autant qu'il craint l'anorexie !
Quand je serai plus vieux que mon oncle, et plus bas,
Comme dernier dessert de mon dernier repas,
Accordez-moi, Seigneur, la douce apoplexie !

Dr Georges CAMUSET.

RENSEIGNEMENTS OFFICIELS
SUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE

Vaccinations et revaccinations : Statistique à fournir par les vacccinateurs

Les Maires des départements ont reçu, pour être répartis entre tous les vaccinateurs, les imprimés qui doivent servir à établir la statistique des vaccinations et revaccinations opérées en 1898 dans le département du Nord.

Aux termes des règlements et du décret du 21 *mars* 1855, *aucun enfant ne peut être reçu dans les écoles, ni dans les salles d'asile, sans la production d'un certificat de vaccine ou la justification qu'il a eu la petite vérole. Cette sage prescription doit être strictement observée.*

MM. les administrateurs des bureaux de bienfaisance peuvent aussi aider puissamment à la propagation de la vaccine, en refusant, conformément à l'article 19 de l'arrêté préfectoral du 17 mars 1858, tous secours aux parents qui ne font pas vacciner leurs enfants.

Comme les années précédentes, des récompenses, consistant en médailles d'or, d'argent et de bronze, et livres, seront accordées non seulement aux vaccinateurs, mais encore aux instituteurs, institutrices, directrices de salles d'asile et aux personnes qui se seront fait remarquer par leur zèle et leur dévouement à la propagation de la vaccine. Un crédit de 4.000 francs est inscrit à cet effet au budget départemental.

MM. les Maires doivent aussi, suivant les dispositions des articles 27 et 28 de l'arrêté précité, mandater l'indemnité de 30 centimes accordée aux vaccinateurs pour chaque vaccination ou revaccination faite gratuitement et avec succès.

Il importe que tous les registres et états soient transmis à la Préfecture pour l'arrondissement de Lille, et aux sous-préfets pour leur arrondissement respectif, *avant le 1er Mars*, dernier délai. Ces états seront visés par MM. les Maires, qui, d'ailleurs, ont le devoir de se rendre compte des vaccinations opérées dans leur commune.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

MM. SOLON, bibliothécaire, et LAUDE, sous-bibliothécaire de la section de médecine, à la bibliothèque de l'Université de Lille, ont été promus, le premier à la seconde classe, le second à la première classe de leur grade. Nous leur adressons nos félicitations.

— M. le docteur RUYSSEN, dont nos lecteurs ont trouvé l'an dernier dans l'*Echo médical* un résumé de la thèse **sur un projet de l'enseignement médical** de l'antialcoolisme, s'est vu décerner récemment le prix d'honneur, par la Société française de tempérance. Ce nous est l'occasion de lui faire parvenir à Montalieu-Vercieu (Isère), nos meilleurs compliments.

— Parmi les désignations faites dans le personnel du **service de santé militaire**, par décision ministérielle en date du 26 décembre 1898, nous relevons celle de M. le docteur TERSEN, médecin-major de 2e classe, nommé au 72e d'infanterie à Amiens.

La *Gazette des Hôpitaux* publie dans son numéro 1, de 1899, une intéressante statistique d'où il ressort que sur 908 élèves nouveaux entrés à la Faculté de médecine de Paris, en 1898, 388 venaient des Facultés et Écoles des départements. Or ce qui intéresse plus particulièrement notre région et notre Faculté, est que 19 élèves de la Faculté de l'Etat, et 35 de la Faculté catholique, représentent l'apport de Lille dans la population scolaire médicale parisienne. L'attrait de Paris pour la plupart de ces émigrants ne se comprend guère, dans notre Faculté.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés dans l'**Ordre de la Légion d'honneur** :

Commandeurs. — MM. les docteurs CANONGE, général de brigade ; BOISSEAU, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

Officiers. — MM. les docteurs CROLAS, professeur à la faculté de médecine de Lyon ; ANNEQUIN, VIRY, BENOIT, médecins principaux ; MORET, DEFOS DU RAU, MAGDELAINE, médecins majors ; DOUÉ, médecin principal de la marine.

Chevaliers. — MM. BONY, MASSON, PETIT, REBOUD, ORIOU, BOURBON, BONNET, PRIEUR, CAHIER, LOUP, DESCOURS, VACK, DUPEYRON, LEBASTARD, du 8e régiment d'infanterie, à Saint-Omer, DUROUX, DESCOSSE, LEJEUNE, RAYNAL, PETIT, PIQUOT, SALLEBERT, BEUGNEUX, médecins-majors de l'armée active ; RUMEN, BERTHOLON, de l'armée territoriale ; BEUVE, de Dammartin, GAUCHER, médecin des hôpitaux de Paris ; PONS, FLANDRIN, KERGROHEN, AUDIBERT, BRANELLEC, SICARD, CUREAU, AUGIER, NEGRETTI, SEVÈRE, BASTIER, BRUGÈRE, médecins de la marine ; SIMON, à Paris, DE GOYON, à Clermont-Ferrand ; DE BRUN DU BOIS-NOIR, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth ; BASTIDE, médecin de l'hôpital français de Saint-Louis ; BORCHGREVINCK (de Madagascar).

— Ont été décernées :

Des **médailles d'honneur** (médaille d'argent de 2e classe) à MM. les docteurs Bonnet, de Mézières, pour sauvetage ; Trouillet, de Paris, pour épidémies ; à Mme Blanchard, sœur Donatile, supérieure de l'hôpital de Nantes.

Des **mentions honorables** à M. le docteur de Ribier, de Saint-Mandé ; M. Saucet, étudiant en médecine de Bordeaux.

— A l'occasion des fêtes du **centenaire de l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg**, ont été nommés membres de cette Académie, en France : MM. d'Arsonval, Berthelot, Bouchard, Brouardel, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Guyon, Lannelongue, Marey, Roux, Ollier.

— M. Roubinovitch a été nommé médecin suppéant des services d'aliénés de l'Assistance publique (Bicêtre et la Salpêtrière).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Leplat, dentiste à Lille, enlevé en quelques jours par la grippe, à l'âge de 31 ans. Le coup est d'autant plus douloureux que l'aménité de ses manières en faisaient un excellent confrère, que la notoriété, venue malgré la jeunesse, était toute de sympathie. Nous adressons à sa famille l'expression de nos très-vifs regrets.

MM. les docteurs Charnaux, de Vichy (Allier) ; Petitjean, de Billancourt (Sine) ; Ch. Eloy, de Paris ; Renard, de Breuvannes (Haute-Marne) ; Seinguerlet, de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de propédeutique, par le Docteur Lavrand, lauréat de la Faculté de Paris, 1 vol. de 412 pages, 2e édition, revue et augmentée avec 90 figures dans le texte. Chez Manceaux, rue des Minimes, à Bruxelles, 1899.

C'est ici, comme le dit la préface, un vade-mecum de l'étudiant au lit du malade. La première édition en est d'ailleurs suffisamment connue pour que nous nous dispensions d'insister davantage sur le caractère de ce livre. L'auteur y a ajouté plusieurs chapitres : sur le sang, sur l'examen et la séméiologie du tube digestif et du système nerveux. Les appareils respiratoire, circulatoire, digestif et urinaire et celui de l'innervation sont successivement passés en revue. Mentionnons, à la suite de la sthéthoscopie, deux pages sur le phonendoscope de Bianchi. La séméiologie des crachats est traitée plus sérieusement et avec plus de détails que dans beaucoup de très bons ouvrages. D'un autre côté, il nous semble que l'étude du chimisme stomacal est bien écourtée : il est vrai qu'on ne peut tout introduire dans un manuel ; néanmoins, quelques lignes de plus n'auraient pas été déplacées. L'étude des urines, en revanche, est parfaitement au point et très clairement faite. En résumé, M. Lavrand a atteint son but ; il a su mettre de côté les points de seconde importance, ce qui n'est pas médiocre mérite en matière de propédeutique où l'écueil est toujours de ne pas se borner. Il est hors de doute que les commençants verront bien des difficultés s'aplanir à la lecture de cet ouvrage.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

52e semaine du 25 au 31 Décembre 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	7
3 mois à un an	13	4
1 an à 2 ans	5	3
2 à 5 ans	3	2
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	6	7
40 à 60 ans	5	4
60 à 80 ans	15	13
80 ans et au-dessus	1	3
Total	62	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	7	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	13	16
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	8	»	»	»	»	»	»	»	»	6	17	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	»	1	»	»	4	»	5	»	»	1	»	»	»	»	»	4	15	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	9	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	6	14	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	4	9	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	5	3
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	2	»	»	»	»	2	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	3	13	25
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	2	5	6
Total	»	»	»	3	»	1	»	4	25	4	20	»	»	11	1	»	»	»	»	38	107	133

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 105. Troisième Année, N° 3. Le Numéro : **10** centimes. 15 Janvier 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1[er] janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

ABONNEMENTS. — Nous prions instamment nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir, aussitôt que possible, le montant de leur abonnement pour 1899, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la péricardite aiguë

Par le docteur **A. Deléarde**,
agrégé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

Sous le nom de péricardite aiguë on entend l'inflammation de la membrane séreuse,qui enveloppe le cœur et dans laquelle il se meut. Comme toutes les autres parties de l'organisme, le péricarde peut subir les atteintes de l'infection microbienne. La réaction inflammatoire dont il est parfois le siège n'est pour ainsi dire jamais primitive ; elle se présente toujours comme une manifestation surajoutée et locale d'une infection générale frappant déjà d'autres organes. A part les cas où le traumatisme est intervenu pour faire éclore la péricardite, cas dans lesquels l'agent microbien a été inoculé directement dans la séreuse par l'instrument vulnérant, cette maladie est fonction de microorganismes ayant envahi l'économie avant de s'implanter au niveau du péricarde. Les péricardites variolique, scarlatineuse,érysipélateuse, rhumatismale, et en général les péricardites de toutes les maladies infectieuses ne sont que des complications dans le cours de ces affections, qui peuvent même manquer si l'intoxication n'est pas trop profonde ou si l'intervention thérapeutique est précoce et bien conduite.

Au début de son évolution, la péricardite passe souvent inaperçue ; ses symptômes sont noyés au milieu de ceux de la maladie générale. C'est la possibilité de leur apparition qui les fait rechercher et par suite les dévoile aux investigations du clinicien. En effet, lorsque le processus inflammatoire, à sa première période, n'a produit que des altérations circonscrites consistant surtout en une congestion et en une exsudation fibrineuse, les signes sont assez cachés. Une légère douleur précordiale, non constante, accompagnée ou non d'angoisse, et une augmentation du nombre des battements cardiaques sont les seules manifestations extérieures de la péricardite ; les signes physiques, tels que les frottements, sont plus marqués, mais ils ont besoin d'une exploration attentive pour être mis en évidence. Il faut attendre l'apparition d'un épanchement plus ou moins abondant pour voir alors prédominer les symptômes qui dérivent de l'obstacle à la circulation et au fonctionnement régulier du cœur, tel que la tachychardie, l'asthénie cardiaque, la syncope, le collapsus, etc....

Et cependant,combien il est important pour l'avenir du malade d'enrayer la phlegmasie à son début ! Le diagnostic précoce équivaut presque à une guérison,

si je puis m'exprimer ainsi, car l'emploi de moyens énergiques empêchera la formation de lésions irréparables.

L'évolution de la péricardite suit en effet une marche irrévocable. Après une période aiguë, s'installe un stade chronique contre lequel la thérapeutique est presque impuissante ; son action se borne à pallier les accidents, à soutenir l'énergie du myocarde, mais elle ne peut être curative des lésions constituées. Celles-ci ont un retentissement sur le cœur dont elles gênent les mouvements et altèrent la nutrition et elles le conduisent peu à peu à l'asystolie.

Etudions donc le traitement de la péricardite aiguë. Il sera *prophylactique* ou *curatif.*

Traitement prophylactique. — Dans toutes les maladies infectieuses pouvant se compliquer de péricardite — et elles sont nombreuses —, il faudra assurer au moyen d'une diurèse abondante l'élimination des agents microbiens et de leurs produits toxiques afin d'empêcher l'extension de leurs méfaits et les métastases auxquelles ils peuvent donner naissance.

Les boissons seront données largement pour arriver à ce but ; le lait sera pris à la dose de un à deux litres dans les vingt-quatre heures par petite quantité à la fois, toutes les deux heures par exemple. Le lait sera absorbé pur ou coupé avec une eau minérale (Vichy, Vals, Contrexéville, Evian, etc.), suivant le goût du malade.

On joindra les limonades, les tisanes diurétiques (chiendent, queues de cerises, uva ursi).

Comme médicaments, la caféine à la dose de 0,50 à 0,75 centigrammes par jour en potion ou en injections sous-cutanées ; la théobromine, par cachets de 0,50 centigrammes, quatre à cinq dans la journée, entretiendront la diurèse en soutenant l'énergie cardiaque.

Les injections de sérum artificiel, si efficaces dans le traitement des infections, trouveront également ici leur emploi. A la dose de 250 à 300 centimètres cubes sous la peau du ventre, répétées plusieurs jours de suite, elles stimuleront les forces du malade et activeront la fonction éliminatrice des reins.

L'hydrothérapie froide ou tiède, sous forme de bains, de lotions, d'enveloppement, aboutira au même résultat.

Joignez les toniques généraux, l'alcool, les vins généreux, la teinture de kola (trois à quatre grammes par jour), la teinture de coca (même dose).

En un mot c'est, comme on le voit, le traitement commun à toutes les infections.

Il est cependant une variété de péricardite aiguë, la péricardite rhumatismale qui échappe à la loi générale et qui exige un traitement préventif particulier, spécifique de cette affection.

Il est inutile de rappeler la fréquence des complications péricardiques ou endocardiques dans ce rhumatisme articulaire aigu ; les lois de Bouillaud sont connues de tous. Le médicament de choix est dans ce cas le salicylate de soude.

Si l'endocardite échappe à l'action préventive du salicylate de soude parce qu'elle est plus précoce que la péricardite, du moins cette dernière complication, qui n'apparaît que dans le deuxième septenaire de l'infection rhumatismale, peut-elle être quelquefois évitée en instituant le traitement salicylé le plus rapidement possible. Comment explique-t-on l'effet du salicylate de soude ?

Ce médicament est le spécifique par excellence du rhumatisme articulaire aigu ; il agit en qualité d'antiseptique sur le microorganisme du rhumatisme, ainsi que l'ont démontré les recherches récentes de Thiroloix. En diminuant la virulence et en arrêtant la vitalité du bacille du rhumatisme, le salicylate de soude empêche dans la majorité des cas l'éclosion des complications viscérales et c'est à ce titre que son emploi est justifié et rationnel. L'action antithermique et analgésique du salicylate est corrélative de ses propriétés antiseptiques.

Mais pour tirer profit du salicylate de soude il faut, suivant Potain et Huchard, obéir à des règles précises qui doivent toujours présider à son administration. Voyons quelles sont ces règles.

La première est de prescrire le médicament à haute dose dès l'apparition des douleurs articulaires. Contrairement à l'opinion de certains auteurs qui augmentent progressivement les doses (trois grammes le premier jour, quatre le second, cinq le troisième pour s'y maintenir), il est préférable, disent Potain et Huchard, d'arriver d'emblée à la dose de six grammes et même de huit grammes dans les vingt-quatre heures chez l'adulte. Les complications cardiaques, tout au moins la péricardite qui nous occupe seule, sont évitées parce que l'infection est pour ainsi dire arrêtée dans son essor.

Cette règle a une importance très grande chez l'enfant, dont le cœur est très sensible et est touché

même dans les cas de rhumatisme les plus bénins et les plus limités. Le cœur de l'enfant se comporte comme une articulation, disait Bouillaud. Hâtez-vous donc de prescrire le salicylate de soude à dose suffisante (0 gr. 50 à 1 gr. au-dessous d'un an. 2 gr. entre 2 et 5 ans, 3 vers 6 ans, 3 à 4 gr. entre 6 et 10 ans, 4 à 5 gr. au-dessus de cet âge où l'on ordonne la dose des adultes).

Deuxième règle. — Il faut fractionner les doses. Le salicylate de soude s'élimine très rapidement ; cinq à six minutes après son administration on le retrouve dans l'urine et la durée totale de son élimination ne dépasse pas 24 ou 48 heures lorsque le rein fonctionne bien. D'où la nécessité de le faire absorber à intervalles rapprochés afin de maintenir la saturation de l'organisme. Une prise d'un gramme toutes les trois ou quatre heures aboutira au résultat cherché.

Troisième règle. — Après la disparition des douleurs articulaires on ne doit pas cesser brusquement le salicylate de soude, il faut le continuer pendant une dizaine de jours à dose moitié moindre, trois à quatre gr. Ce précepte renferme toute la thérapeutique préventive de la péricardite rhumatismale puisque celle-ci ne se montre pas au début de la maladie et peut encore s'éveiller lorsque les poussées articulaires ont disparu ; la prolongation du médicament met à l'abri de la péricardite, si elle n'existe pas, en détruisant les microbes qui ont survécu et qui sommeillent dans une portion quelconque de l'organisme.

Le salicylate de soude peut se donner en cachets de 1 gr. chacun, ou sous forme de potion aqueuse dans laquelle on fait entrer un édulcorant tel que le sirop de groseille, le sirop d'écorces d'oranges amères ou une petite quantité de rhum ou de cognac.

Voici par exemple une formule de potion :

Salicylate de soude . . .	6	grammes
Cognac	10	»
Sirop de groseille	40	»
Eau distillée . . q. s. p.	150	»

à prendre par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

Sous l'influence d'une dose élevée de salicylate on peut voir apparaître quelques accidents peu alarmants que le médecin doit connaître. Parmi ceux-ci les bourdonnements d'oreille et la surdité sont les plus communs et existent quelquefois même avec des doses de quatre grammes. Les troubles visuels sont plus rares, ainsi que les vertiges, les nausées et le délire.

Ces accidents peuvent souvent être évités si l'on prend soin, ce qui est de toute nécessité, de soumettre le malade au régime lacté absolu pendant tout le temps que dure la médication salicylée et d'entretenir la liberté du ventre au moyen de laxatifs ou de purgatifs légers. Si malgré ces précautions, les bourdonnements d'oreille et la surdité se prolongent, il ne faut pas cesser brusquement le salicylate de soude, car ils ne sont pas toujours l'indice d'une intoxication produite par l'élimination insuffisante du médicament : ils peuvent résulter par exemple d'une sensibilité particulière du sujet. En diminuant la dose de 1 ou 2 gr. on les fait disparaître.

De même la présence de l'albumine dans les urines du malade ne doit pas être considérée comme une contre-indication absolue au traitement par le salicylate. Il s'agit de s'entendre sur le terme albuminurie.

Le rhumatisme articulaire aigu, comme toutes les maladies infectieuses dans leur période d'état, peut s'accompagner d'une albuminurie transitoire et légère qui ne découle pas nécessairement d'une insuffisance dans le fonctionnement du rein, mais est la preuve d'une altération de l'épithélium rénal par les produits toxiques élaborés dans l'organisme par le microbe du rhumatisme. Cette albuminurie ne trouve pas de meilleur traitement que celui qui consistera à attaquer directement la cause de l'infection par un médicament approprié et antimicrobien, le salicylate de soude.

Mais si le malade est déjà porteur d'une néphrite au moment où il contracte une attaque de rhumatisme articulaire aigu, les conditions changent, car ici l'insuffisance rénale préexiste et les difficultés de l'épuration organique ne feront qu'augmenter si on y ajoute l'élimination d'un poison médicamenteux.

Dans ces cas il est utile et même urgent de rechercher l'acide salicylique dans les urines afin de constater s'il ne s'accumule pas. Cette recherche est des plus faciles et devrait se faire toutes les fois que l'on institue le traitement salicylé ; c'est un excellent moyen de tâter la susceptibilité du sujet en le mettant à l'abri des accidents de l'intoxication. Si le salicylate de soude ne s'élimine pas, preuve d'une néphrite grave, on le suspendra immédiatement et on le remplacera par l'antipyrine ou le bicarbonate de soude.

Pour constater la présence de l'acide salicylique dans l'urine on acidifie celle-ci avec quelques gouttes

d'acide chlorhydrique, on en laisse tomber une ou deux gouttes sur un morceau de papier à filtrer, puis à proximité on place une goutte de solution de perchlorure de fer, de manière que les deux liquides viennent en contact ; à cet endroit il se formera une forte ligne de démarcation bleuâtre.

Tel est le traitement préventif de la péricardite rhumatismale ; on voit qu'il se confond avec celui du rhumatisme articulaire aigu et son étude m'a donné l'occasion de vous rappeler les grandes lignes de ce dernier.

Note sur un cas d'anémie pernicieuse progressive et sur ses difficultés de diagnostic d'avec le cancer de l'estomac,

par le Docteur **P. Desoil**, chef de clinique médicale à la Faculté.

Nous avons observé récemment, dans le service de M. le professeur Combemale, un cas intéressant d'anémie pernicieuse progressive qui nous a paru mériter d'être rapporté à deux points de vue : d'abord pour la rareté du fait ; ensuite comme enseignement clinique, en raison des difficultés de diagnostic que ce cas présentait avec le carcinome gastrique.

Il s'agissait d'une femme de 66 ans, malade seulement depuis dix ou douze mois et qui, sauf la tumeur épigastrique, présentait tous les symptômes du cancer de l'estomac : l'anorexie, les vomissements, les hématémèses, la douleur épigastrique, la cachexie rapide, la teinte jaune paille caractéristique.

D'un autre côté l'examen du sang révélait l'existence d'une anémie rapidement progressive, dépassant bientôt les limites ordinaires de l'anémie cancéreuse, et s'accompagnant de formes globulaires anormales, caractéristiques de l'anémie pernicieuse.

A l'autopsie, les résultats furent négatifs au point de vue de l'existence d'un néoplasme gastrique et vinrent donner raison au diagnostic hématologique.

Sans insister davantage, nous allons immédiatement relater cette observation, et nous discuterons ensuite le diagnostic différentiel.

Observation. — Veuve Sophie B..., 66 ans, ménagère, entre à l'hôpital, salle Sainte-Clotilde, une première fois du 10 avril au 16 mai 1898, une seconde fois du 17 juillet au 15 novembre 1898, date de sa mort.

Antécédents. — Son père et sa mère sont morts à un âge très avancé. Il n'existe point d'hérédité néoplasique ni chez les parents directs, ni chez les collatéraux. La malade s'est mariée à 25 ans et a eu quatre enfants qui vivent encore et sont bien portants. Elle a eu la variole à 18 ans et depuis lors n'a plus été malade.

Histoire de la maladie. — A la fin de l'année 1897, sans cause apparente, la malade devient dyspeptique, pâlit, perd ses forces, maigrit un peu, éprouve des palpitations et s'essouffle facilement.

A partir de février 1898, les digestions deviennent non seulement pénibles mais douloureuses. Pendant plusieurs heures après chaque repas il existe des douleurs épigastriques avec irradiations jusque dans la région dorsale. De temps à autre des vomissements alimentaires surviennent, calmant alors les phénomènes douloureux. L'anorexie se complète : la malade a particulièrement du dégoût pour les viandes, et se nourrit presque exclusivement de lait, d'œufs et de soupes. L'anémie est plus prononcée ; la malade, de son naturel peu colorée, prend maintenant une teinte paille. C'est surtout l'asthénie qui va grandissant. Très rapidement la femme, auparavant très valide, devient incapable de travailler. Elle a des essoufflements, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements qui l'empêchent de marcher. Elle doit se confiner dans la chambre et très souvent s'aliter. C'est alors qu'elle entre à l'hôpital pour la première fois (10 avril 1898).

Bien qu'ayant maigri, elle a encore un certain embonpoint : elle peut encore passer pour obèse. Ce qui frappe au premier aspect, c'est la décoloration de la peau et des muqueuses ; la malade a la teinte jaune paille caractéristique des cancéreux.

C'est la première hypothèse qui se présente à l'esprit ; et elle semble se confirmer par l'exposé des troubles gastriques subjectifs dont se plaint la patiente.

Nous avons déjà parlé de son anorexie, de ses douleurs, de ses vomissements.

Les vomissements ne sont pas réguliers : à certains moments ils se répètent plusieurs fois par jour, puis il y a des accalmies de plusieurs jours, même de plusieurs semaines. Ces vomissements sont presque toujours alimentaires ; ils ont une mauvaise odeur et renferment très peu d'acide chlorhydrique.

Les douleurs semblent plus particulièrement liées au phénomène de la digestion ; elle commencent une heure après l'ingestion du repas et se prolongent quelquefois jusque dans la soirée.

A la palpation, l'estomac semble dilaté ; il clapote le matin à jeun et il est sensible à la pression. Cependant en aucun point on ne constate d'induration ou de tuméfaction pouvant rappeler celles du cancer. Le foie a ses dimensions normales, il n'est pas débordant. Le ventre est légèrement météorisé. Il existe de la constipation.

Rien du côté du cœur ou des poumons. Cependant il faut noter des intermittences cardiaques et un léger souffle vasculaire. L'urine est habituellement assez abondante et peu colorée. Elle renferme peu d'urée, peu de chlorures, peu de phosphates, pas d'albumine ni de sucre. A de certains moments elle se fonce davantage ; on trouve alors de l'urobiline.

A cette époque le système ganglionnaire est indemne, et il n'existe pas d'œdème du tissu cellulaire.

L'examen du sang donne les résultats suivants: Globules rouges 2.500 000 (quelques formes globulaires grandes). Leucocytes 10.000 par millimètre cube.

Ces chiffres n'étant pas suffisamment démonstratifs pour identifier cette anémie, on pense avoir affaire à une anémie symptomatique d'un cancer latent de l'estomac. La malade séjourne un mois à l'hôpital et pendant tout ce temps son état reste sensiblement stationnaire.

Le 16 mai, des raisons de famille la forcent à retourner chez elle. Là, n'ayant plus le confortable ni surtout les habitudes régulières du régime hospitalier, elle voit sa maladie évoluer rapidement. Si bien qu'en juillet, n'étant plus capable de quitter le lit, elle est forcée de se faire admettre de nouveau dans le service.

On la retrouve peu amaigrie, mais plus anémiée encore et avec des teintes olivâtres. Il n'y a plus que 1.500.000 globules rouges. Les formes grandes, sont beaucoup plus nombreuses; il existe quelques hématies géantes. Le rapport des globules blancs aux globules rouges n'a pas sensiblement changé. Les troubles gastriques sont restés les mêmes: nous n'insisterons pas.

La malade s'alimente de moins en moins, et ne prend plus que du lait et des œufs.

De juillet à novembre on assiste à une déchéance très rapidement progressive de toutes les fonctions. Nous ne ferons que noter les principaux événements qui ont marqué l'évolution de la maladie.

En août il survient des hématémèses et du melœna. Vers le 9, pendant plusieurs jours, la malade vomit des matières noires, couleur de marc de café et formées de sang digéré. Les selles sont également noires pendant toute une semaine. Le 18 et le 23, nouvelles hématémèses.

En septembre, on constate la présence de nombreuses taches de purpura et de pétéchies disséminées par tout le corps, mais particulièrement localisées à la face interne des bras et des jambes et sur la poitrine. Quelques épistaxis.

A la fin d'octobre, apparaissent des œdèmes cachectiques: œdèmes malléolaire et palpébral; bouffissure de la face. L'analyse du sang faite le 25 octobre au laboratoire des cliniques, donne cette fois des résultats caractéristiques qui font penser à l'anémie pernicieuse progressive.

En effet, il n'y a plus que 800.000 globules rouges par mm. c. Les formes grandes et géantes abondent, ainsi que des formes crénelées, en fuseau ou en raquette. Il y a aussi quelques globules à noyau. Le nombre des globules blancs est tombé à 3.000 par mm.c. Les hématoblastes sont également diminués de nombre; mais le compte exact n'en a pas été fait.

Enfin le taux en hémoglobine d'un millimètre cube de sang, mesuré à l'hémochromomètre, tout en étant fortement diminué, ne s'est pas abaissé relativement plus que le nombre des globules; en sorte que le rapport des deux quantités est resté voisin de 1.

En novembre, des symptômes plus graves présagent d'une terminaison proche. L'œdème des membres inférieurs devient de l'anasarque qui s'étend jusqu'aux parois abdominales. La cuisse gauche est douloureuse et est probablement le siège d'une phlébite. Le pouls est petit, rapide, irrégulier. Il existe des souffles cardiovasculaires très marqués aux orifices de la base et dans les vaisseaux du cou. L'urine est rare, très fortement colorée, légèrement albumineuse. Elle renferme des pigments anormaux; urohématine, urobiline, hématoporphyrine.

L'examen local de l'estomac, montre qu'il est toujours dilaté, clapotant, mais il n'y a point de tumeur: on ne sent aucune induration épigastrique. Le système lymphatique n'est pas intéressé. Il existe bien quelques petits ganglions sous-maxillaires, et dans la région cervicale, mais ils ne sont pas suffisamment caractéristiques. A partir du 8, la malade tombe dans une somnolence continuelle et bientôt dans le coma. Elle ne prend plus rien: l'inanition est complète, elle est anurique. On constate l'existence d'épanchements multiples dans la plèvre, le péritoine, le péricarde. Le pouls est misérable. Finalement la mort vient la tirer de son long sommeil, le 15 novembre. En aucun moment elle n'a présenté de phénomènes fébriles.

Autopsie. — L'autopsie est faite 48 heures après la mort. Le sujet est peu amaigri. Il y a encore de la graisse dans le tissu cellulaire. La peau, les tissus, les parenchymes, sont d'une pâleur excessive et paraissent exsangues. Le sang est à peine coloré; il ressemble à une sérosité louche et n'est qu'imparfaitement coagulé.

Il existe dans les séreuses; le péricarde, les plèvres, les méninges et le péritoine, une quantité variable de liquide citrin: on ne constate pas cependant d'épanchement sanguin ni d'infarctus dans les viscères. Le cœur a son volume normal. Mais ses parois sont amincies et les cavités sont dilatées et vides de sang. Le myocarde est pâle, de consistance molle et friable, semé de taches jaunâtres, qui semblent être des points de dégénérescence graisseuse.

Les valvules sont indurées et couvertes de végétations calcaires. Elles sont suffisantes.

L'aorte, et d'une façon générale tout le système artériel sont athéromateux. Il faut signaler comme particulièrement rigides et incrustées de plaques calcaires, les artères de l'hexagone, l'aorte et les branches du tronc cœliaque.

Les poumons n'offrent rien de particulier: ils sont infiltrés à la base. Le foie a son volume normal: il est pâle et à la section a l'aspect macroscopique d'une dégénérescence graisseuse assez notable. Le pancréas est plutôt volumineux et paraît également graisseux. Les reins sont petits; leur substance corticale est diminuée d'épaisseur. Il sont exsangues et paraissent nettement sclérosés. Rien à noter du côté des organes génitaux.

L'estomac est vide. Il est flasque, distendu, plein de gaz. Il ne présente pas trace à coup sûr ni de cancer ni d'ulcération récente ou ancienne. Ses parois sont un peu amincies; sa muqueuse n'offre pas de lésion histologique appréciable; en tous cas pas de lésion comparable à la description de Fenwick, Ponfick, Nothnagel, de la gastrite atrophique. Les intestins n'ont rien de particulier sauf quelques suffusions sanguines. Il n'y a rien d'anormal dans le système

ganglionnaire. La rate n'est pas augmentée de volume.

Notons enfin que la moelle des os longs, paraît congestionnée et rougeâtre.

En l'absence de lésions d'organes, le diagnostic qui s'impose ici, et que le contrôle de l'autopsie a rendu facile, est celui d'anémie pernicieuse progressive. Pendant le vivant, ce diagnostic différentiel devenait beaucoup plus difficile à faire, au moins pendant les premières périodes de la maladie. Il y a en effet un certain nombre d'autres affections qui peuvent produire des anémies extrêmes, comparables cliniquement et hématologiquement, à celle-ci. Voyons rapidement comment et jusqu'à quel point il était possible d'éliminer chacune d'elles.

Certaines formes de chlorose, par exemple, peuvent prendre une évolution maligne et réaliser l'anémie extrême ou du quatrième degré avec les mêmes altérations globulaires. Laissant de côté les théories qui veulent identifier la chlorose et l'anémie pernicieuse, et faire de l'une une conséquence ou une complication de l'autre, nous ferons remarquer que la chlorose est habituellement une maladie de l'adolescence, et qu'ici l'âge avancé de la malade (65 ans) est une raison péremptoire pour rejeter cette hypothèse.

Les hémorrhagies répétées, la présence dans les intestins soit du bothriocephalus latus, soit de l'ankylostome duodénal, la diarrhée de Cochinchine, la dysenterie, peuvent donner lieu à des anémies du quatrième degré avec toutes leurs conséquences cliniques. Dans notre observation, aucun commémoratif ne justifie l'une ou l'autre de ces hypothèses. De plus, l'examen des selles n'a rien révélé d'anormal.

La tuberculose et la leucocythémie sont aussi des diathèses anémiantes. Mais, d'une part, nous n'avons constaté pendant le vivant aucune manifestation ganglionnaire ou viscérale de la tuberculose. D'autre part, la leucocythémie s'accompagne toujours soit d'hypertrophies ganglionnaires, soit de splénomégalie, et sa lésion caractéristique consiste essentiellement en une augmentation considérable des leucocytes en circulation dans le sang. Dans notre cas, le système lymphatique était resté indemne ; au contraire les leucocytes étaient diminués de nombre en même temps que les globules rouges.

Reste enfin le cancer qui réalise très souvent des anémies symptomatiques du dernier degré, particulièrement le cancer massif du foie (Hanot et Gilbert) et le cancer de l'estomac. Le cancer du foie pouvait être éliminé facilement. Il n'y avait pas en effet d'hypertrophie hépatique, pas de phénomènes douloureux dans l'hypochondre droit, pas de retentissement ganglionnaire ni de retentissement sur la circulation porte, pas de troubles dans la sécrétion biliaire.

Le diagnostic d'avec le cancer de l'estomac était encore plus difficile ; on peut même dire que dans notre observation, il était impossible à faire, au moins dans la première période de la maladie, tant que les modifications de la crase sanguine n'ont pas été suffisamment caractéristiques.

En effet, — et c'était précisément notre cas, — l'anémie pernicieuse progressive peut revêtir tout à fait la symptomatologie clinique du cancer gastrique, avec son hypochlorhydrie, sa dyspepsie douloureuse, ses vomissements, ses hématémèses, sa teinte paille, sa cachexie rapide, ses œdèmes ou ses thromboses marastiques. L'absence d'induration épigastrique n'est même pas une preuve suffisante puisqu'il existe des cancers latents non accessibles à la palpation.

De son côté, le cancer de l'estomac peut, au point de vue hématologique, se comporter exactement comme l'anémie pernicieuse. Ainsi on a signalé des cas (Hayem) où le nombre des globules rouges est tombé au-dessous d'un million et où l'on trouve également des globules géants ou nucléés, des globules déformés, crénelés ou à mouvements amœboïdes.

Dans ces cas difficiles, le diagnostic n'est pas toujours possible et demande une analyse minutieuse des caractères cliniques ou hématologiques.

Au point de vue clinique, il ne faut compter souvent que sur des distinctions superficielles, comme par exemple l'amaigrissement très prononcé dans le cancer, très peu accusé dans l'anémie, les souffles vasculaires plus intenses et les hémorragies rétiniennes plus fréquentes dans l'anémie que dans le cancer.

Au point de vue hématologique, au contraire, on arrive à des données plus précises qui permettent souvent de fixer le diagnostic. C'est qu'en effet, à côté des lésions communes aux deux maladies que nous avons énumérées plus haut, il existe des modifications sanguines plus spéciales à la maladie de Biermer et que l'on peut regarder comme caractéristiques. Ainsi le rapport des leucocytes aux globules rouges, qui est normalement de 1/300, est fixe ou diminué dans l'anémie pernicieuse, tandis qu'il est augmenté dans le cancer comme dans la leucémie.

Les hématoblastes restent à un taux élevé dans le cancer et sont très diminués dans la maladie de BIERMER. La valeur globulaire (rapport de la richesse en hémoglobine au nombre des globules par mm. c.) est diminuée dans le carcinome (comme dans la chlorose), et au contraire égale ou augmentée dans l'anémie pernicieuse.

Enfin au point de vue de la marche des lésions : les lésions sanguines sont précoces dans l'anémie pernicieuse, l'altération sanguine suit une marche régulièrement progressive. Tandis que dans le cancer il y a au début peu de modifications, ce n'est qu'à la période ultime de cachexie que l'on constate les caractères hématologiques d'une anémie grave.

Si l'on se rapporte à l'observation précédemment décrite, on verra que ces divers petits signes de diagnostic différentiel se trouvent réunis.

Au point de vue de la pathogénie de l'anémie pernicieuse nous n'avons point à rappeler les nombreuses théories qui ont été émises. Dans notre cas particulier, rien ne vient confirmer la théorie de FENWICK, qui considère l'anémie pernicieuse comme la conséquence ou le syndrome d'une atrophie de la muqueuse stomacale. Rien non plus ne répond à la théorie infectieuse (BERNHEIM, FRANKENHAÜSER, PETRONE). La malade n'a jamais eu de fièvre; les cultures de sang sont restées stériles.

Nous avons noté à l'autopsie que la moelle des os longs était manifestement congestionnée. Ce fait semble venir à l'appui de la théorie de PEPPER qui fait de l'anémie pernicieuse l'expression d'une activité morbide de la moelle des os, reprenant ses anciennes propriétés embryonnaires d'hématopoïèse, pour suppléer aux hématoblastes diminués de nombre, imparfaits et n'arrivant plus à se transformer en hématies.

Comme fait nouveau, nous devons signaler cette forme spéciale de l'anémie pernicieuse qui a revêtu ici au complet le cortège symptomatique du cancer de l'estomac. C'est une chose bien connue que les troubles gastriques dans l'anémie pernicieuse ; on peut même dire qu'ils manquent rarement. Mais ce sont le plus généralement des phénomènes de dyspepsie vague et d'anorexie sans caractères propres. Ils n'ont point la précision et l'identité symptomatique qui ont été constatés dans notre cas.

Cette spécialisation dans la symptomatologie nous donne presque le droit de distraire ce type d'anémie des formes communes et d'en faire un type clinique spécial que nous pourrions appeler : *l'anémie pernicieuse progressive à forme de cancer gastrique* ou plus simplement *à forme gastrique.*

Ce groupement clinique s'enrichirait probablement d'autres observations. On y rangerait peut-être certains cas dont le diagnostic est resté incertain faute de contrôle hématologique ou de contrôle d'autopsie ; et que l'on a peut être considéré à tort à cause de leur séméiologie gastrique comme des cancers latents non accessibles à la palpation.

En ces occasions, on néglige trop souvent de faire, ou de faire soigneusement, l'étude microscopique du sang, qui pourtant fournit les seuls éléments d'un diagnostic différentiel.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — Fr. FRANCK. Les dangers de la médication thyroïdienne sont tels qu'une commission est nommée pour rechercher les moyens d'en restreindre l'emploi.

Société de Chirurgie. — M. ROUTIER. Traitement de l'appendicite à froid.

— TUFFIER. Les paralysies radiculaires du plexus brachial dans les luxations de l'épaule sont fréquentes.

Société médicale des Hôpitaux. — MERKLEN. Périgastrite succédant à un ulcère de l'estomac, opération, succès.

— NETTER. La méningite cérébro-spinale épidémique reprend à Paris.

Société de Biologie. — NOCARD. Sur les inoculations virulentes intracérébrales.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 Janvier 1899

Présidence de MM. WERTHEIMER, *puis* CARLIER.

Après la lecture du procès-verbal, la lecture fréquemment applaudie du compte-rendu des travaux de la Société pendant 1898 par M. WERTHEIMER, l'installation du bureau pour 1899, les communications commencent.

Gommes syphilitiques de l'amygdale

M. GAUDIER expose l'observation clinique d'une malade présentant une gomme syphilitique très volumineuse du pharynx, dont le point de départ serait l'amygdale droite. Cette femme ignore sa syphilis, qui est pourtant bien caractérisée chez elle d'abord,

dans sa famille ensuite. S'il faut remarquer l'absence complète de ganglions dans la région cervicale, les magnifiques plaques rouges qui couvrent son corps (seins, jambes et pieds) sont nettement de nature syphilitique. L'état général de cette femme est encore satisfaisant, bien que l'ulcération ait presque mis à nu les gros vaisseaux du cou. On n'est certes pas en présence d'une lésion tuberculeuse, car on aurait une généralisation de l'infection dans les autres organes, et rien n'est à signaler de ce côté. Ce n'est pas non plus de l'actinomycose, l'analyse microscopique a en effet été négative ; pour les mêmes raisons ce n'est pas non plus de l'épithélioma, et le seul diagnostic possible est celui de gomme syphilitique, ce que l'action de l'iodure de potassium et des injections d'huile grise confirmeront bientôt d'une façon évidente, M. Gaudier en à la conviction.

Sur la remarque de M. Mouton, qui considère les ulcérations cutanées des seins et des pieds comme de l'ecthyma, M. Gaudier répond que cette femme s'est infectée secondairement, n'ayant jamais protégé ses ulcérations par le moindre pansement.

M. Noquet, après examen au miroir de la gorge de cette malade, dit : Les gommes de l'amygdale sont assez rares. J'ai eu à soigner une femme présentant les mêmes symptômes, mais à un stade moins avancé ; cette femme a rapidement guéri sous l'action de la médication hydrargyrique.

Le tubage du larynx dans la clientèle privée

M. Castelain. — J'ai récemment reçu une lettre du docteur Bonain, de Brest, qui me demandait de lui communiquer les résultats de ma statistique sur le tubage des diphtéritiques dans la clientèle privée et mes raisons de préférer ce mode opératoire à la trachéotomie. Mon confrère demandait en outre combien de fois le tube avait été rejeté, et combien de fois il avait été obturé par les fausses membranes.

Le médecin, en présence d'un enfant présentant des signes de croup diphtérique, doit être assez perplexe. M. Roux conseille de faire toujours le tubage. Sevestre, au contraire, fait une restriction et recommande seulement le tubage lorsqu'un médecin peut toujours se trouver à portée du petit malade ; dans tout autre cas il préfère la trachéotomie.

Je me suis rangé du côté des partisans du tubage, et depuis que ce mode opératoire est préconisé, c'est-à-dire depuis quatre ans, en France, je n'ai plus fait une seule trachéotomie, ce qui ne signifie pas que je n'ouvrirai jamais plus de larynx.

Sur les 42 cas que j'ai observés, presque tous l'ont été dans la classe ouvrière où, par conséquent, il ne fallait pas songer à demander la présence continuelle d'un médecin. Or, jamais cependant je n'ai vu le tube s'obliterer par les fausses membranes et les enfants n'ont jamais succombé à l'obstruction du tube. Une fois seulement, le tube a été rejeté, ce qui est un chiffre négligeable, lorsque l'on songe que chaque enfant a été au moins tubé trois fois. Sur 150 tubages, une seule fois par conséquent le tube a été rejeté Ce sont les résultats que j'ai communiqués à notre collègue brestois. Je reste en effet partisan du tubage dans la clientèle privée. Je serais désireux de connaître les statistiques de mes collègues sur cette matière.

M. Ausset accepte les conclusions de M. Castelain et dit : A la suite d'un nombre considérable de tubages soit en ville, soit à l'hôpital, je suis arrivé à considérer le tubage comme une opération sans inconvénient. Il m'est rarement survenu d'observer l'obstruction du tube. Mais par contre le rejet du tube est plus fréquent. On peut l'attribuer : 1° au spasme du larynx, c'est pourquoi je donne à mes petits malades quelques centigrammes de codéine par jour ; 2° à un défaut de calibrage du tube employé. En effet, la série des tubes est peu régulière et on passe brusquement des tubes pour les enfants de 2 ans aux tubes pour ceux de 3 et 4 ans, qui sont beaucoup trop grands et qui pourraient provoquer, par leur introduction, des ulcérations de la muqueuse et par suite des broncho-pneumonies fatales. Parfois aussi la trachéotomie est rendue nécessaire soit par la trop grande quantité de fausses membranes, soit encore par la présence d'un rétrécissement considérable de la trachée, empêchant l'introduction du tube, soit enfin par suite de l'existence d'une bronchite purulente. Le tubage ne permet pas l'expectoration du pus qui peut toutefois, dans la trachéotomie, s'échapper par la canule.

Et à l'appui de cette opinion, M. Ausset cite des cas de guérison obtenus, dans le service des enfants à l'hôpital de Bordeaux qu'il fréquentait, par la trachéotomie, tandis qu'il ne connaît pas de diphtériques tubés, guérissant de bronchite putride. Malgré ces inconvénients, M. Ausset estime que le tubage doit être accepté de préférence à la trachéotomie ; on agit en effet beaucoup plus vite, plus facilement.

M. Castelain signale, en passant, la mésaventure qui survient parfois de trouver le tube fondu au fond de la casserole quand on le fait bouillir pour le désinfecter. L'accident est fort ennuyeux, lorsqu'on est loin de la ville et qu'on n'a pas de tube de rechange sous la main.

M. Carlier demande si l'on ne peut pas craindre des accidents consécutifs au tubage, soit de la suffocation, soit des troubles vocaux.

M. Castelain. Quoique laissant le tube dans le larynx pendant trois et même quatre jours, je n'ai jamais vu survenir le moindre accident. Pourtant j'ai l'habitude d'employer un tube de calibre supérieur d'un numéro à l'âge de l'enfant, de façon à diminuer les chances de rejet.

M. Ausset reste persuadé qu'en employant des tubes un peu volumineux on doit fatalement provoquer des ulcérations de la muqueuse : les exemples en sont nombreux et fréquents dans les divers cathétérismes, dans l'installation des tubes à demeure, par exemple. On ne peut toutefois poser de règles fixes sur la durée du tubage. A-t-on affaire à un enfant ayant beaucoup de fausses membranes, disparaissant avec une extrême lenteur ? le tube sera alors laissé plus longtemps. Mais M. Ausset estime toutefois qu'on doit changer le tube tous les jours et que la règle de conduite varie avec chaque cas particulier. En tout cas, souvent il suffira de pratiquer un tubage de courte durée, d' « un simple écouvillonnage » en quelque sorte.

Sur un cas de paraplégie spasmodique chez une enfant de 14 ans

M. Ausset, au cours de cette observation, qui sera publiée, discute les diagnostics divers qu'elle soulève et se rallie à celle de tubercule solitaire de la moelle ou de méningo-myélite syphilitique.

A la suite de cette longue observation, une discussion s'engage entre MM. Combemale, Wertheimer, Lambret, voyant dans l'affection longuement étudiée par M. Ausset un mal de Pott cervical.

L'enfant n'ayant pas été radiographiée, la discussion cesse et M. Carlier demande que l'on fasse radiographier cette malade.

Absence congénitale du 3e cartilage chondro-costal

M. Potel présente à son tour un homme de trente-six ans, se plaignant de douleurs au niveau des régions sus et sous-claviculaires gauches. Tout mouvement de l'articulation scapulo-humérale est douloureux. Lorsqu'on palpe la région sous-claviculaire les doigts dépriment facilement la paroi musculaire et on sent en même temps fléchir les cartilages costaux. Il semblerait même que les cartilages costaux ne sont que du fibro-cartilage, tant la paroi thoracique est dépressible au niveau des 2e et 3e côtes.

A une demande de M. Lambret, M. Potel répond que le malade ne présente pas de symptômes bien nets de tuberculose. Il y a simplement de l'induration à ce niveau ; de plus, le malade n'a subi aucun traumatisme local.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Le traitement de l'infection puerpérale (P. Munde, *American Journal of obstetrics*, juillet 1898).

Dans son discours présidentiel à la Société gynécologique américaine, le Dr P. Munde a tracé le traitement de l'infection puerpérale. Rien de nouveau dans ce qu'il nous dit ; mais il y a lieu, cependant, de prêter attention aux opinions d'un praticien d'une grande expérience et d'une grande autorité.

Pour faire un diagnostic précis il est nécessaire de pratiquer d'abord le toucher digital. On examine ainsi, d'abord, les lésions des organes génitaux externes, du vagin et du col. On peut également déterminer ainsi, si l'utérus est vide ou s'il contient des foyers d'infection (débris de placenta, membranes ou caillots), ou encore si la muqueuse utérine présente la consistance caractérisrique, spongieuse, molle, boursouflée, de l'endométrite puerpérale septique. Enfin, s'il y a lieu, un examen au spéculum du vagin et du col peut révéler des déchirures de couleur jaune-brun, d'apparence gangréneuse.

Tout ce qui peut être une source d'infection doit être enlevé de la cavité utérine, soit avec le doigt, soit avec la large et longue curette mousse de l'auteur. Après avoir vidé l'utérus, on l'irriguera soit avec une solution faible de permanganate de potasse, soit avec la solution Marchand de peroxyde d'hydrogène diluée par moitié. L'auteur emploie rarement la solution de bi-chlorure de mercure et jamais à un titre supérieur au 1/10000. Il n'approuve pas l'emploi des crayons d'iodoforme qui ne font que masquer l'odeur et altérer les caractères des lochies. Le tamponnement, à la gaze iodoformée, de la cavité utérine, donne parfois de bons résultats en excitant la contraction de l'utérus. L'usage de la curette, mousse ou tranchante, dans les cas graves d'endométrite septique avec hypertrophie inflammatoire considérable de la muqueuse n'est pas recommandable. L'auteur n'emploie la curette tranchante que pour enlever les substances qui produisent l'infection. Le curettage d'une muqueuse infectée est plus nuisible

qu'utile, en ouvrant de nouvelles portes à l'infection. Il vaut mieux avoir recours à l'application de chlorure de zinc (20 à 30 °/₀), ou de teinture d'iode pure, ou de phénol iodé portés dans l'utérus à travers un spéculum cylindrique. Les débris tombés dans le vagin sont alors entraînés au dehors par une irrigation d'eau stérilisée et la cavité utérine est tamponnée avec de la gaze iodoformée pendant 48 heures ou plus, pourvu qu'il n'y ait ni frisson, ni élévation de température. Les irrigations intra-utérines seront alors nécessaires pendant quelques jours. Si l'utérus est extrêmement vide et ne contient aucun corps septique, le pouls et la température restant élevés, on a recours à l'irrigation continue. Les lésions vaginales ou périnéales infectées seront touchées avec une solution saturée de permanganate de potasse ou de chlorure de zinc à 25 °/₀.

Le traitement médical ne donne pas de résultats. Les fortes doses de quinine ne font qu'influencer momentanément la température. Elles n'ont aucune influence sur les agents infectieux. L'antipyrine, la phénacétine, n'abaissent que temporairement la température et n'ont comme utilité que de donner un bien-être momentané. Elles masquent la fièvre et dépriment le cœur. C'est pour combattre cette dépression cardiaque que l'auteur combine la phénacétine avec la caféine.

Munde recommande enfin le sérum antistreptococcique après en avoir usé dans trois cas désespérés, après l'échec des autres traitements. Trois à six injections furent faites, à des intervalles variant de quatre à douze heures.

Dr M. O.

VARIÉTÉS

Legs d'un végétarien

Le professeur Baron (de Bonn) avait légué une somme de 470.000 marks à la ville de Berlin, à la charge pour celle-ci de fonder un asile d'enfants où le régime serait exclusivement végétarien. Après avis des médecins, la municipalité de Berlin a refusé le legs. *(Lyon médical).*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Conditions dans lesquelles est conféré le grade de médecin auxiliaire aux étudiants en médecine rappelés sous les drapeaux pour compléter la durée de leur service actif.

Voici le texte de la circulaire ministérielle relative à cette question :

« Les étudiants en médecine dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 qui, ayant perdu le droit à la dispense ou renoncé volontairement au bénéfice de cette dispense, sont appelés, en qualité de soldats ou de sous-officiers, pour accomplir deux années complémentaires de service actif, peuvent être nommés au grade de médecin auxiliaire, pendant leur séjour sous les drapeaux. conformément aux dispositions arrêtées ci-après, s'ils possèdent au moins douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine.

» Ces étudiants en médecine sont signalés sans retard par les commandants de recrutement intéressés, au directeur du service de santé du corps d'armée, qui les invite à subir, dans un délai maximum de deux mois. l'examen d'aptitude exigé des candidats au grade de médecin auxiliaire par le décret du 6 avril 1888.

» Le directeur du service de santé provoque, à cet effet, la réunion d'une commission spéciale, dont les membres sont choisis et désignés. conformément aux prescriptions de l'article 19 du règlement du 6 avril 18 8 (Médecins auxiliaires).

» Les étudiants en médecine reçus à l'examen et remplissant, d'ailleurs, les conditions d'honorabilité requises pour l'obtention du grade de médecin auxiliaire, sont nommés immédiatement à ce grade par le directeur du service de santé du corps d'armée, et reçoivent, conformément aux dispositions de la décision présidentielle du 31 juillet 1897, l'indemnité de première mise d'équipement (300 fr.), allouée par le tarif n° 22, annexé au décret du 27 décembre 1890 pour les sous-officiers promus adjudants-élèves d'administration.

» En cas d'échec à cet examen, les étudiants en médecine seront autorisés à se présenter ultérieurement devant les commissions constituées annuellement pour l'application des articles 18 et 19 du règlement précité du 6 avril 1888 ; sauf le cas d'indignité professionnelle ou de mauvaise conduite sous les drapeaux, ils seront nommés au grade de médecin auxiliaire par le directeur de santé du corps d'armée, s'ils obtiennent le certificat d'aptitude nécessaire, et si leur nomination peut avoir lieu au moins trois mois avant leur libération définitive du service actif; mais les médecins auxiliaires nommés dans ces conditions n'auront pas droit à l'indemnité de 350 fr. pour première mise d'équipement; ils recevront, par les soins du corps ou de la section d'affectation, une tenue de sous-officier, à laquelle seront apportées les modifications prescrites par l'article 16 du règlement du 6 avril 1888. (Médecins auxiliaires).

» Les étudiants en médecine dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, appelés à l'activité pour deux années, en qualité de soldats ou de sous-officiers et nommés au grade de médecin auxiliaire pendant leur séjour sous les drapeaux, sont toujours signalés par le directeur du service de santé du corps d'armée au ministre de la guerre (7e direction), qui les affecte, suivant les besoins, aux corps de troupes ou aux hôpitaux militaires. »

BIBLIOGRAPHIE

Clinique Obstétricale, par Adolphe Pinard, professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté, Membre de l'Académie de Médecine, Accoucheur des Hôpitaux (G. Steinheil, éditeur, Paris).

Il est difficile, sinon impossible, de rendre compte d'un

volume où sont réunies des leçons cliniques traitant de sujets très variés. Aussi me contenterai-je de dire ici l'impression que m'a laissée la lecture des leçons, des conférences et des communications que M. le Professeur PINARD vient de réunir et de publier.

Il serait trop long, en effet, d'analyser l'un après l'autre tous les chapitres de ce volume, mais nous tenons, cependant, à signaler ceux auxquels l'auteur a donné le plus de développements.

Au premier rang, se placent les leçons qui ont trait aux deux sujets favoris du Professeur PINARD, aux deux questions qu'il a étudiées avec une rigoureuse méthode et une infatigable persévérance : *Les Hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta* et *la Symphyséotomie*.

Dans ces leçons, les faits sont accumulés permettant de juger sur des documents *précis* et *complets*, ne laissant pas place aux discussions oiseuses trop souvent égarées sur des questions de mots.

Les quatre leçons consacrées à l'insertion vicieuse du placenta sont la meilleure et la plus complète démonstration du rôle thérapeutique de la rupture large des membranes et de l'importance qu'acquiert, comme complément de la méthode, l'emploi judicieux du ballon de CHAMPETIER DE RIBES.

Quant aux leçons sur la symphyséotomie, elles permettent de suivre l'histoire moderne de cette opération, d'assister à sa renaissance en France, de se rendre compte de l'évolution qu'elle a subie à la clinique BAUDELOCQUE depuis 1892. Le lecteur y trouvera une discussion très complète des arguments pour et contre la symphyséotomie. Il y trouvera aussi *toutes* les observations recueillies à ce sujet à la clinique BAUDELOCQUE et *une statistique intégrale* des accouchements dans les bassins viciés qui éclaire d'une vive lumière une question que certaines discussions avaient singulièrement obscurcie.

Bien d'autres chapitres présentent un intérêt considérable et je regrette vivement de ne pouvoir que signaler ici les plus importants : *L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. L'hémorrhagie par décollement du placenta normalement inséré. Les leçons sur la grossesse ectopique. Le cancer de l'utérus pendant la grossesse*, etc.

Mais M. PINARD n'a pas voulu se renfermer dans le pur enseignement de la clinique obstétricale.

Le savant est doublé d'un homme et cet homme a souffert des misères qui, quotidiennement, défilent sous ses yeux. Il a voulu y remédier dans la mesure du possible, et, animé d'un sentiment profond de la vraie solidarité sociale, il s'est dévoué à l'œuvre d'assistance des mères et des enfants. Les pages qu'il a consacrées à l'*assistance des femmes enceintes*, à la *puériculture intra-utérine*, celles où il proclame le droit de l'enfant au sein de sa mère, sont parmi les plus émouvantes qu'on puisse lire.

Ce livre, on le voit, est tout rempli de faits. Tous ceux qui s'intéressent à l'obstétrique le liront avec fruit. Tous ceux que l'étude a menés dans les milieux de misère et de désespoir y trouveront des pages animées des plus généreux sentiments et toutes vibrantes d'un large esprit d'humanité.

Dr M. O.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La réorganisation de l'**Ecole d'application du service de santé militaire**, *vulgò* du Val-de-Grâce, est un fait accompli depuis près de trois mois. Au milieu des appréhensions de l'heure présente le décret, contresigné LOCKROY, ministre de la guerre par intérim, avait passé inaperçu ; les journaux médicaux parisiens, entr'autres la *Gazette des hôpitaux*, le reproduisent aujourd'hui. Nous y renvoyons nos lecteurs, que ce document intéresse ; il est trop long pour que nous le reproduisions, même en partie.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le professeur CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur, a été nommé, le 7 janvier, membre correspondant de la **Société de biologie.** Nous adressons à cette occasion à notre collaborateur nos plus sincères félicitations.

— Par arrêté ministériel en date du 26 décembre 1898, M. MORELLE, professeur de matière médicale, a été élevé à la 3me classe de son grade.

— M. le docteur DEROIDE, professeur agrégé à la Faculté, a été chargé, par décision rectorale au lendemain de la mort du regretté professeur LOTAR, de continuer le cours de pharmacie durant le semestre commencé. Chacun applaudira à ce choix.

— M. le docteur THIBAUT, agrégé libre de pharmacologie, a été nommé **pharmacien en chef des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance de Lille**, en remplacement de feu le professeur LOTAR. Toutes nos félicitations à notre ancien collègue.

— Nous apprenons que le directeur désigné du service de santé du 1er corps est M. le médecin principal de 1re classe GENTIT, naguère directeur à Amiens, puis médecin en chef à l'état major de la Place, à Paris. Nous adressons nos souhaits de bienvenue à ce chef, que chacun voit arriver à Lille avec satisfaction.

Distinctions honorifiques

Ont été faits chevaliers dans le **Mérite agricole** : MM. les docteurs RANÇON, médecin principal des colonies ; BORDAS, sous-directeur du laboratoire municipal de Paris.

NOMINATIONS

M. le médecin-inspecteur KELSCH est nommé directeur du Val-de-Grâce.

— M. le médecin-inspecteur NOGIER est nommé directeur de l'école de santé de Lyon.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BEULARD, de Villefranche (Yonne) ; GARS, de Saint-Valéry-sur-Somme ; DROULON, de la Cambe (Calvados) ; SAVORNIN, de Marseille.

Nous devons signaler aussi la mort de deux hommes

dont Lille s'honorait. L'un était un savant. M. DARESTE DE LA CHAVANNE fut professeur de zoologie à Lille, succédant à LÉCAZE-DUTHIERS, puis professeur à Lyon et est mort à 76 ans, chef de laboratoire à l'école pratique des hautes-études ; beau-père de notre collaborateur, le professeur CHARMEIL, ses travaux, de la plus haute importance, ont trait à la tératologie.

L'autre était un homme de bien ; M. Albert CAZENEUVE, fils du premier doyen de notre Faculté de médecine, beau-frère de notre collaborateur le professeur BARROIS, meurt à 51 ans, emportant l'estime de tous ; au trésorier de la Société des amis et anciens étudiants de l'Université de Lille, les étudiants avaient tenu à rendre les honneurs funèbres.

RÉPERTOIRE THÉRAPEUTIQUE

Dès qu'on découvre un médicament nouveau, il semble qu'on puisse lui attribuer toutes les vertus magnifiques d'une panacée : puis, peu à peu, par une plus juste appréciation des choses, il faut restreindre son action à un fait physiologique bien déterminé : il faut, non plus l'ordonner seul, comme il suffisait à toute tâche, mais l'associer à d'autres substances dont l'effet additionnel est nécessaire. Tel est le cas de la plupart des médicaments nervins. La coca et la kola ont été l'unique base de nombreuses préparations pharmaceutiques ; mais leur action s'épuise rapidement si elle n'est pas aidée par quelque excitant mieux approprié. En effet, ce ne sont là que des excitants passagers nécessaires à une nutrition nerveuse meilleure, mais dont on ne tire aucun bénéfice si les agents de cette nutrition font défaut. Il est facile de comprendre que la kola, la coca ou le quinquina, dont l'efficacité thérapeutique est indiscutable, ne sont capables de donner d'heureux résultats qu'autant qu'ils stimulent la nutrition défaillante de l'organisme ; mais il faut chercher ailleurs les matières mêmes qui régénèrent le système nerveux, les aliments directement assimilables. C'est pour répondre à cette nécessité que M. PANCHÈVRE a préparé un vin dans lequel le phosphate de chaux vient aider l'action régénératrice de la kola, de la coca et du quinquina. S'inspirant des idées récentes sur la physiologie thyroïdienne et son rôle dans la régularisation de la nutrition générale, M. PANCHÈVRE a ajouté une quantité d'iode libre que la thérapeutique empirique utilisait depuis longtemps déjà et que la science moderne nous signale comme l'élément constitutif essentiel de la sécrétion thyroïdienne.

Le vin PANCHÈVRE est donc formellement indiqué aux maladies chroniques dépressives, anémie, chlorose, débilité, etc. L'usage de ce vin est d'autant plus recommandable qu'il contient de l'eau oxygénée dont le goût métallique est complètement voilé par la quantité du vin. L'eau oxygénée, antiseptique énergique, agit puissamment contre les fermentations dyspeptiques. Loin d'être échauffant comme la plupart des vins toniques, le vin oxygéné PANCHÈVRE régularise les fonctions intestinales et menstruelles, et ce vin est donc soigneusement composé pour répondre aux desiderata de nombreuses indications thérapeutiques.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

52e SEMAINE DU 25 AU 31 DÉCEMBRE 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	6
3 mois à un an	5	9
1 an à 2 ans	1	1
2 à 5 ans	4	8
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	5	5
40 à 60 ans	4	7
60 à 80 ans	8	7
80 ans et au-dessus	3	3
Total	40	47

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	6	11	12	23	12	11	6	6	21	2	12	122
TOTAL des DÉCÈS	3	13	5	21	12	6	10	4	8	1	4	87
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	»	4	»	5	7	3	4	2	1	1	3	30
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Accident	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	1	»	»	3	»	»	»	»	»	»	1	4
Phthisie pulmonaire	»	2	1	4	1	2	»	1	»	»	»	11
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	»	1	1	4	»	»	3	»	»	»	1	11
Maladies organiques du cœur	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	1	4
Bronchite et pneumonie	1	4	1	2	2	»	3	»	1	»	»	14
Apoplexie cérébrale	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	4
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Croup et diphtérie	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 106. Troisième Année, N° 4. Le Numéro : **10** centimes. 22 Janvier 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du curettage dans les rétentions placentaires

par le docteur **J. Vanverts**,
ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Dans un travail récent publié dans la *Presse médicale* (1), M. le professeur GAULARD s'est déclaré partisan du curettage utérin, qu'il considère comme généralement supérieur au curage dans les rétentions placentaires incomplètes. C'est à la même conclusion que nous a conduit l'étude de seize cas de curettages faits pour rétentions placentaires. Nous les relatons ici comme contribution à l'étude de cette intéressante question, en les faisant précéder des quelques réflexions qu'ils nous ont suggérées.

Nos observations concernent des cas de rétention placentaire complète (obs. I, II, III, IV) et des cas de rétention placentaire incomplète (obs. V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI).

La rétention était compliquée d'infection dans les cas XIV, XV, XVI. Nous aurions pu ranger dans cette dernière catégorie (cas de rétention avec infection) plusieurs autres faits que nous aurions préféré éliminer, en raison du doute où nous nous trouvions sur l'existence de la rétention placentaire. Nous avons de même rejeté quelques cas de métrorrhagies, dans lesquelles l'existence d'un avortement préalable était probable, mais discutable (2).

La plupart de nos interventions ont été faites sous l'anesthésie générale (chloroformisation ou éthérisation), à laquelle il est utile, croyons-nous, de toujours recourir. Il n'y a exception que pour le cas de faiblesse extrême de la malade, contre-indiquant l'emploi des anesthésiques. Nous avons reconnu, à maintes reprises, en pratiquant le curettage pour métrite, qu'il était difficile, sinon impossible, de pratiquer un nettoyage complet de la cavité utérine sur une femme non endormie. Les mouvements de l'opérée, la résistance qu'elle oppose, la nécessité d'agir rapidement, sont de mauvaises conditions opératoires. Il en est de même dans les cas de réten-

(1) GAULARD. — Avortement incomplet ; curettage et curage. *Presse médicale*, 1898, T. II, p. 273.

(2) Ces métrorrhagies, ordinairement considérées comme d'origine inflammatoire — d'où la dénomination de métrites hémorrhagiques — ne sont souvent dues qu'à des rétentions placentaires, l'avortement causal ayant été méconnu ou caché par la malade. Nous avons observé un certain nombre de ces cas qui ont tous guéri par le curettage ; mais l'impossibilité où nous nous sommes trouvé d'affirmer la nature abortive de ces hémorrhagies ne nous a pas permis de ranger ces faits parmi ceux de rétention placentaire.

tion placentaire, où la friabilité de l'utérus exige des manœuvres douces, prudentes et mesurées.

Pour manœuvrer aisément la curette dans l'utérus il faut que le col soit largement dilaté ou dilatable. C'est ainsi qu'il se présente généralement dans les cas de rétention placentaire. Si la voie de pénétration dans la cavité utérine est insuffisante, il est nécessaire de l'agrandir, soit à l'aide de laminaires de grosseurs croissantes qu'on introduit dans le col pendant un, deux ou trois jours, soit en faisant la dilatation extemporanée avec le dilatateur à trois branches ou les bougies d'Hégar. La dilatation extemporanée est certainement inférieure à la dilatation progressive et lente ; mais c'est à elle qu'il faut recourir quand, en raison de l'abondance des hémorrhagies ou de l'intensité de l'infection, il faut agir rapidement.

Outre la désinfection de la vulve et du vagin, qui doit être faite avant le curettage comme avant toute manœuvre intra-utérine, il est bon d'irriguer la cavité utérine avec une solution antiseptique faible (sublimé à 1 p. 5000, oxycyanure de mercure à 1 p. 1000, eau phéniquée à 1 p. 100). On détermine ainsi l'évacuation des liquides, peut-être septiques — certainement septiques quand il y a des signes d'infection —, que renferme l'utérus et dont on évitera ainsi la résorption au niveau de la muqueuse avivée par la curette.

Quand il s'agit d'une rétention placentaire complète et aussi dans le cas de rétention incomplète, on commencera par introduire l'index dans la cavité utérine. Cette manœuvre peut n'être qu'exploratrice : le doigt reconnaît l'existence de débris de membranes, le point d'implantation d'un morceau de placenta. Dans d'autres cas, le doigt, recourbé en crochet, parvient à extraire le placenta retenu en totalité ou en partie. Toutefois la valeur de cette manœuvre digitale, qu'elle soit exploratrice ou curatrice, est loin d'être absolue : l'état de dilatation de la cavité utérine ne permet pas toujours au doigt d'explorer tous ses recoins, d'autant plus que l'absence d'effacement du col dans l'avortement l'empêche de pénétrer profondément ; d'autre part, les adhérences résistantes du placenta à la paroi de l'utérus ne cèdent pas toujours au simple curage digital (obs. I).

Si l'on veut pratiquer une opération complète, il faut donc, après cet examen ou ce curage, procéder au curettage instrumental. La curette à cuiller large est introduite prudemment dans l'utérus. Elle est poussée très doucement jusqu'au fond de l'organe qu'elle reconnaît, puis elle est ramenée du fond vers le col en suivant l'une des faces, sur laquelle elle exerce une légère pression.

Cette manœuvre est répétée deux ou trois fois, de façon à ce que l'opérateur se rende un compte exact des dimensions de l'utérus et de la résistance de ses parois. Il faut alors appuyer plus fortement le bord de la cuiller de la curette sur les parties à gratter ; mais ce curettage ne doit se faire que dans le mouvement de descente de l'instrument et non dans celui d'ascension vers le fond de l'utérus. Celui-ci doit toujours être lent et prudent. Ce n'est pas en curettant qu'on est exposé à perforer l'utérus, c'est en poussant la curette vers le fond de cet organe avec une force trop considérable par rapport à la résistance de ses parois. « Il faut, dit M. Gaulard, procéder avec toute la prudence et la douceur nécessaires, ce qui n'exclut pas la fermeté ; mais il faut éviter la brutalité. »

Nous n'insistons sur l'importance d'un curettage complet de tous les points de l'utérus que pour rappeler que, en raison du ramollissement des parois de cet organe, il ne faut pas se baser sur la constatation du cri utérin, qui fait presque toujours défaut.

Le curettage étant terminé, une nouvelle injection enlève les débris qui ont pu rester dans l'utérus. Nous avons ensuite l'habitude de toucher la muqueuse utérine avec un tampon imbibé de teinture d'iode ou de glycérine créosotée au tiers ; cette manœuvre est surtout indiquée quand il existe de l'infection ; mais, en dehors de ces cas, elle ne nous semble pas inutile, car elle contribue à la désinfection d'un organe rarement aseptique dans les conditions que nous étudions. Quand au drainage de l'utérus, nous ne l'employons que dans le cas d'infection, pour faciliter l'écoulement des liquides. Le tube de caoutchouc rigide de gros calibre et percé de nombreux trous, est bien préférable à la gaze qui trop souvent agit à la manière d'un tampon et facilite la rétention.

Ainsi pratiqué, le curettage de l'utérus pour rétention placentaire ne nous a jamais donné le moindre accident. Nous n'avons observé ni les hémorrhagies formidables que beaucoup d'auteurs ont signalées, ni la perforation de l'utérus qui, en somme, est presque toujours due à une faute opératoire.

Les résultats de nos interventions ont été excellents. Les métrorrhagies ont toujours cessé et ne se sont pas reproduites. Dans deux cas seulement l'écoulement

sanguin a reparu peu abondant pendant quelques heures (obs. X) ou pendant deux jours (obs. XI), puis a disparu définitivement. Dans ceux où l'état général était très mauvais avant l'opération en raison des pertes sanguines ou de l'infection, l'amélioration fut toujours rapide (obs. II, XV, XVI). Les phénomènes locaux d'infection disparurent aussi, sauf dans l'obs. I, où l'on dut secondairement pratiquer une amputation du col.

Quand l'infection est ancienne et intense, le curettage n'est pas toujours suivi de résultats aussi heureux. Dans certains cas d'infection puerpérale de l'utérus, que nous n'avons pas relatés ici parce que l'existence de la rétention placentaire était douteuse, nous avons vu la mort survenir malgré le curettage et les injections intra-utérines répétées. Ce sont là des cas presque désespérés ; et cependant le curettage est susceptible d'amener des guérisons sur lesquelles on ne comptait guère. En dehors de l'hystérectomie, dont les indications sont encore très discutées, le curettage accompagné et suivi de lavages abondants de la cavité utérine représente la seule intervention vraiment efficace dans ces circonstances.

De cette courte étude nous conclurons que le curettage fait pour rétention placentaire complète ou incomplète, avec ou sans infection, est une opération très efficace, simple, bénigne, si elle est pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie et suivant les règles que nous avons rappelées. C'est l'opération qui nous semble la plus rationnelle en présence d'une rétention placentaire quelle qu'elle soit. Le curage digital peut lui être utilement combiné, mais il ne doit le remplacer que dans des cas exceptionnels.

OBSERVATIONS (1)

Observation I. — D..., 27 ans. Menstruation régulière; premier accouchement à 20 ans; avortement de cinq mois, à 21 ans ; deuxième accouchement à 25 ans; avortement de cinq mois, à 26 ans, suivi de métrorrhagies abondantes.

Le 21 février 1897, avortement de trois mois et demi, suivi de métrorrhagies abondantes et fétides. 23 février, on sent tout le placenta engagé dans le col dilaté. Sous chloroforme on l'enlève avec les doigts, qu'on introduit facilement dans l'utérus. Le placenta est très adhérent à la face postérieure de l'utérus, immédiatement au-dessus de l'orifice interne du col. On l'arrache par morceaux, puis on curette son point d'insertion. On sent l'utérus se contracter nettement. Attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. Drain placé dans l'utérus. 27 février, suppression du drain. Les métrorrhagies ne se reproduisent pas. Mais, en raison de la persistance des pertes purulentes, de l'existence d'un col gras et déchiré, on fait un nouveau curettage et une résection du col suivant la méthode de Schrœder. A la suite de cette intervention, la leucorrhée diminue notablement, mais ne disparaît pas complètement. L'utérus reste gros et un peu douloureux.

Observation II. — Gr..., mécanicienne. Accouchement normal il y a sept ans. A la fin de juin 1896, dernières règles. Le 3 septembre, avortement. Depuis cette époque, métrorrhagies continuelles. 20 septembre, état général mauvais, visage pâle, anémie très accusée. Apyrexie. Pas de douleurs abdominales. Curettage, extraction d'un placenta complet. Suites très simples apyrétiques. 30 septembre, se lève. 5 octobre, sortie. Etat excellent.

Observation III. — R..., 31 ans, concierge. Un accouchement, puis quatre avortements. Avortement de trois mois et demi, le 16 août 1896. Le placenta et le cordon n'ont pas été expulsés. Depuis cette époque, métrorrhagies peu abondantes, pas de douleurs, apyrexie. 24 août, col entr'ouvert. Utérus gros, en antéflexion, s'élève à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. 25, 26 et 27 août, dilatation à la laminaire. 28 août, curettage; extraction du placenta. Disparition des métrorrhagies.

Observation IV. — W..., 35 ans, journalière. Avortement de six mois, le 29 avril 1897. Rétention complète du placenta. 1er mai, curettage; extraction de tout le placenta. L'utérus revient bien sur lui-même. Attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. Suites simples.

Observation V. — Al..., 21 ans, employée de commerce. Accouchement normal il y a dix-huit mois. Avortement de six mois il y a un an ; deux curettages consécutifs. Dernières règles le 14 février 1897. Le 16 avril, apparition de métrorrhagies qui ont persisté depuis cette époque et sont accompagnées de douleurs abdominales. On trouve le col utérin ouvert et l'utérus un peu augmenté de volume. 12 avril, curettage et attouchement de la muqueuse utérine avec un tampon imbibé de teinture d'iode. Suites très simples, apyrétiques. Disparition complète des métrorrhagies.

Observation VI. — C..., 27 ans, couturière. Avortement le 23 février 1897. Depuis cette époque, métrorrhagies continuelles, mais peu abondante. Pas de douleurs abdominales, apyrexie. 4 mai, curettage, qui ramène quelques débris placentaires. Suites très simples. Sortie le 13 mai. Revue le 20 mai, les métrorrhagies ne se sont pas reproduites.

Observation VII. — C..., 35 ans. Menstruation toujours régulière. Trois accouchements. Leucorrhée et quelques douleurs abdominales depuis le dernier accouchement, il y a quatre ans. Dernières règles le 7 juin 1896. Le 14 juillet, métrorrhagie qui persiste jusqu'au 25 août; parfois abondante. Quelques dou-

(1) Ces curettages ont été faits à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître, M. le docteur Ch. Monod, qui a bien voulu nous les confier.

leurs abdominales. Bon état général. 29 et 30 août, dilatation à la laminaire. 31 août, curettage, extraction de débris de membranes. Attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. 5 septembre, la malade veut absolument sortir de l'hôpital. Les métrorrhagies ne se sont pas reproduites.

Observation VIII. — D..., 19 ans. Le 5 mars 1897, avortement de trois mois environ. Depuis cette époque métrorrhagies et coliques. 8 mars, l'utérus est un peu augmenté de volume. Entre les lèvres du col entr'ouvert on reconnaît l'existence d'une sorte de polype irrégulier. Curettage sans anesthésie, extraction de nombreux débris membraneux ; attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. Longueur de la cavité utérine neuf centimètres. Suites très simples, apyrétiques. 30 mars, règles abondantes, non douloureuses. 3 avril, aucune douleur, pas de pertes.

Observation IX. — D..., 31 ans, journalière. Premier accouchement il y a treize ans. Suites très mauvaises ; métrite, pleurésie purulente, érysipèle. Cependant la malade devient de nouveau enceinte trois fois et les suites de ces accouchements furent normales. Elle fit ensuite un avortement de cinq mois, la délivrance ne se produisit que le septième jour. Puis, quatrième accouchement normal. Le 13 janvier 1897, avortement de trois mois et demi environ. Les annexes sont expulsées par morceaux, quatre jours après. Depuis cette époque métrorrhagies continuelles, apyrexie. 20 février, le col est entr'ouvert. Le corps utérin, placé en antéflexion, remonte à deux centimètres et demi au-dessus du pubis. 11, 12 et 13 février, dilatation à la laminaire. 15 février, curettage. Les métrorrhagies ne se reproduisent pas. 28 février, la malade veut sortir de l'hôpital. 1er octobre, douleurs abdominales depuis plusieurs mois, plus vives depuis quelques jours. Pas de pertes de sang. On constate l'existence d'un pyo-salpinx double.

Observation X. — B..., journalière. Quatre accouchements. 20 janvier 1897, avortement de deux mois, suivi de métrorrhagies continuelles, pas de douleurs. 24 et 25 février, dilatation à la laminaire. 27 février, curettage, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. Le 6 mars, jour où la malade se lève pour la première fois, écoulement d'un peu de sang par le vagin. Les jours suivants, toute perte de sang cesse. 31 mars, règles abondantes et un peu douloureuses. On constate l'existence, déjà reconnue à l'époque du curettage, d'une salpingite gauche, peu douloureuse au toucher.

Observation XI. — B .., 29 ans, sans profession. Accouchement il y a huit ans. Puis trois avortements ; le dernier de un mois environ, le 14 janvier 1897. Depuis cet avortement, métrorrhagies continuelles, peu abondantes, non fétides. Col utérin légèrement ramolli, laissant pénétrer la pulpe de l'index. Corps utérin gros. 11 mars, dilatation extemporanée du col utérin. Curettage, extraction de débris membraneux. Attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. Longueur de la cavité utérine, huit centimètres et demi. 3 avril, les pertes rouges ont reparu les 20 et 21 mars, puis ont complètement cessé.

Observation XII. — S. ., 19 ans, domestique. Menstruation irrégulière. Absence de règles de novembre 1896 à fin janvier 1897. Depuis la fin de janvier 1897, métrorrhagies continuelles ; quelques légères douleurs abdominales à droite. Le toucher vaginal ne découvre rien d'anormal. 25, 26 et 27 février, dilatation à la laminaire. 1er mars, curettage, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. 10 mars, les métrorrhagies ne se sont pas reproduites.

Observation XIII. S..., 31 ans, giletière. Trois accouchements à terme et un avortement de trois mois. Depuis trois mois, époque du dernier accouchements, métrorrhagies non fétides et apyrexie. Col utérin un peu gros, déchiré à gauche, corps en antiflexion mobile. 19, 20, 21, 22 et 23 février, dilatation à la laminaire. 24 février, curettage, extraction de débris membraneux, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. 8 mars, les métrorrhagies ne se sont pas reproduites.

Observation XIV. — A. ., infirmière, 23 ans. Accouchement normal en 1893. Avortement de trois mois et demi en 1896 ; suites normales. Le 8 avril 1897 après un retard de règles de huit jours, métrorrhagie abondante qui a persisté depuis cette époque et a augmenté d'abondance. 14 avril, température axillaire 39°, ventre indolore à la palpation. Nombreux caillots dans le vagin, col ramolli et entr'ouvert, injections vaginales. Le lendemain température 39°. 16 avril, on extrait du vagin un placenta incomplet. Sous chloroforme, curettage et extraction de débris placentaires, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode, longueur de l'utérus neuf centimètres. 16 avril soir, température axillaire 39°. Puis apyrexie et suites normales, disparition complète des métrorrhagies. Mai 1898, menstruation régulière, utérus en excellent état.

Observation XV. — B..., 29 ans, journalière. Trois accouchements. Le dernier, il y a trois ans, fut suivi de phénomènes d'inflammation salpingo-ovarienne qui disparurent par le traitement médical. Le 15 mars 1897, avortement de deux mois et demi, suivi de métrorrhagies intermittentes avec expulsion de débris de membranes et de pus. 9 avril, pas de douleurs spontanées ; mais le ventre est sensible à la pression, grande faiblesse, col entr'ouvert. 12 avril, curettage ; extraction d'un morceau du placenta gangréné en partie, la muqueuse utérine est très friable et la curette en arrache des lambeaux, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode, drain placé dans la cavité utérine. Suites simples, amélioration rapide de l'état général. Disparition complète des métrorrhagies. Sortie le 22 avril.

Observation XVI. — V..., 32 ans, couturière. Accouchement en 1893. Avortement de quatre mois en mai 1896. Le 14 août 1896, les règles viennent avec douze jours de retard. Depuis cette époque, métrorrhagies avec quelques douleurs abdominales. 16 septembre,

anémie très marquée, visage pâle, lèvres décolorées. Température vaginale 38°5. Ventre un peu ballonné et légèrement douloureux à la pression. 17 septembre, curettage; extraction de quelques débris membraneux, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode, drain placé dans l'utérus. 18 septembre, ventre encore ballonné, mais non douloureux, apyrexie, quinquina, champagne; purgatif salin. Le soir, injection intra-utérine abondante à l'oxycyanure de mercure, l'état général s'améliore ensuite rapidement, le ballonnement du ventre disparaît. 10 novembre, les règles sont normales, excellent état local, aucune douleur, santé excellente.

FAITS CLINIQUES

PURPURA FULMINANS

chez un enfant de 18 mois, arrivé à la période cachectique d'une gastro-entérite chronique

Par le Dr E. Ausset,
agrégé, chargé de la Clinique des maladies des Enfants à l'Université de Lille.

Le 18 novembre dernier, entrait dans mon service un bébé, âgé de 18 mois, L... Jules, pour des vomissements incessants, de la diarrhée, et un état cachectique déjà assez avancé.

Je n'ai pu avoir aucun renseignement précis sur ses antécédents héréditaires. Pour lui, c'est un enfant élevé au biberon sans aucune espèce de réglementation, alimenté de bonne heure aux soupes et à la bière, et qui porte des tares rachitiques très accentuées.

Il vomit depuis 15 jours, nous dit la mère, il ne peut supporter le moindre aliment, même de faibles quantités de lait, aussi a-t-il considérablement maigri. Il a aussi de la diarrhée, mais pas en très grande abondance, 3 ou 4 selles par jour, molles, jaunes, et teintées, par places, par de la bile.

La température, le 18 au soir, est de 37°5, le poids de l'enfant est de 7 kil. 400 gr.

J'institue la diète hydrique (Eau de Vals toutes les deux heures) et le calomel à doses réfractées.

Jusqu'au 27 novembre, la température est normale, ne dépassant pas 37°5. L'enfant tolère très bien sa diète hydrique, mais dès qu'on veut lui donner autre chose, même quelques cuillerées de lait mélangé avec son eau de Vals, les vomissements réapparaissent.

Le 27 au soir, la température monte à 40°. Je n'ai trouvé nulle part l'explication de cette ascension brusque d'une température normale le matin (rien aux poumons, la diarrhée a plutôt diminué, pas de pyodermites, rien dans la gorge).

Le 28, le poids de l'enfant est de 6 kil. 700. La tempé rature est de 38°4 le matin, 38°8 le soir.

Le 29, 38° et 38°4.

Le 30, la température est redevenue normale. Je ne savais comment expliquer cette fièvre dont je ne trouvais la cause dans aucun organe.

1er décembre. D'ailleurs, l'enfant supporte de temps à autre une petite quantité de lait que je lui administre glacé, par faibles doses, toujours coupé d'eau de Vals, et entremêlé de prises de potions de Rivière. Toutefois, il y a encore quelques vomissements et un peu de diarrhée.

4 décembre. L'état de l'enfant semblait s'être un peu amélioré; bien qu'il existât encore un ou deux vomissements par jour, il semblait qu'on se rendait maître du mal, lorsque *dans la soirée* du 4 décembre, la fièvre s'alluma de nouveau (39°6).

Le 5, au matin, *vers 5 heures*, en arrivant dans le service, la sœur remarque un *léger piqueté* bleuâtre sur l'avant-bras droit; très rapidement les taches ecchymotiques augmentent de dimension et quand je vois le malade



vers 9 heures du matin, la main droite, l'avant-bras et la moitié inférieure du bras présentent une teinte livide, uniforme, qui n'est autre qu'une immense ecchymose sans aucun intervalle de peau saine (voir photographie). Au scrotum et sur la partie interne des deux cuisses il existe un petit piqueté purpurique, dans la région hépatique et remontant à peu près jusqu'au mamelon droit piqueté peu accentué, formé de toutes petites taches semblables à des piqûres de puces.

Il y a un refroidissement très marqué de toute la surface cutanée, mais particulièrement du membre supérieur droit. Malgré cela la température centrale est très élevée et le thermomètre marque 39°6.

L'enfant est dans le coma et ne réagit à aucune excitation. Il n'y a pas eu d'évacuations diarrhéiques depuis la veille, ni de vomissements. Rien à la gorge; rien de perceptible aux poumons, si ce n'est quelques râles de congestion aux bases et près des gouttières vertébrales. Le pouls est impossible à saisir aux deux artères radiales; les battements du cœur sont à peine perceptibles. Inégalité pupillaire.

Nous aurions bien prélevé du sang pour le cultiver, mais l'agonie si avancée nous faisait craindre une vicia-

tion de nos résultats par l'invasion microbienne du sang pendant l'agonie.

L'enfant succombe à 10 heures du matin.

L'autopsie a été pratiquée exactement 24 heures après la mort. Mais je dois dire qu'*aussitôt* la mort j'ai fait prélever aseptiquement du sang dans le cœur; on a fait des ensemencements (en milieux aérobies seulement), rien n'a poussé.

Les taches ecchymotiques ont augmenté après la mort, et le petit piqueté, à peine perceptible sur le thorax pendant la vie, est maintenant très net, il existe des deux côtés; à la partie interne des deux cuisses, il est également très marqué.

A l'ouverture du thorax nous trouvons un peu de congestion agonique des parties déclives des poumons.

Tout à fait au sommet du poumon droit, nous notons un petit nodule tuberculeux de la dimension d'un gros pois, et qui semble n'avoir altéré en rien les zones environnantes. Il y a quelques ganglions bronchiques hypertrophiés, durs, présentant un commencement de dégénérescence caséeuse, et au niveau desquels nous avons pu déceler le bacille de Koch. Mais, en somme, toutes ces lésions sont très limitées, très localisées, et incontestablement ce ne sont pas elles qui ont pu conduire notre enfant à l'état cachectique dans lequel il était lors de son entrée dans le service.

Le cœur est pâle, teinte feuille morte, mou, évidemment en dégénérescence myocardique. Les valvules sont saines.

Dans l'abdomen le foie est mou, en voie de dégénérescence graisseuse. La rate n'est pas grosse et semble normale.

L'estomac possède une muqueuse qui semble plus épaisse et plus mamelonnée qu'à l'état normal; il existe de petites stries congestives au niveau des parties mamelonnées, mais il n'y a pas trace d'hémorrhagies ni d'érosions.

L'intestin grêle mesure 4m60 et le gros intestin 0m85. La longueur totale de l'enfant est de 0m73. En somme la longueur de l'intestin est de près de 8 fois celle de son corps, au lieu de 6 fois, chiffre normal. Il y a un allongement très notable du tube intestinal.

D'autre part, le gros intestin est très distendu; l'intestin grêle n'est que peu dilaté.

La muqueuse intestinale est rouge par places, et vers la fin de l'intestin grêle on voit que les follicules clos sont très saillants. Sur toute la longueur du gros intestin et particulièrement au niveau du côlon, la muqueuse est recouverte de mucus qui, une fois enlevé, montre un grand nombre de petites ulcérations folliculeuses dont les plus grosses ne dépassent pas la dimension d'une tête d'épingle. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Les ganglions mésentériques ne sont pas notablement hypertrophiés.

L'ouverture de la boîte crânienne montre que les méninges et l'encéphale sont sains; il y a seulement un peu d'œdème cérébral d'origine agonique.

Enfin nous avons disséqué les vaisseaux du membre supérieur droit en partant de l'artère axillaire jusqu'au poignet : artères et veines étaient parfaitement perméables.

En résumé, voilà un enfant atteint de gastro-entérite chronique arrivé à une période de cachexie intestinale très avancée, sur laquelle s'était greffée une infection subaiguë (vomissements et diarrhée depuis un mois), mais dont l'état, quoique des plus graves, ne semblait pas devoir amener une mort aussi foudroyante. A quoi est due cette mort rapide, comment expliquer ces manifestations purpuriques, décrites plus haut, qui sont évidemment l'expression symptomatique des causes qui ont amené la mort rapide? Voilà ce qu'il nous faut examiner maintenant.

Guelliot (1), en 1884, a publié 3 cas de purpura infectieux foudroyant, ayant évolué en 14, 15 et 20 heures, et ayant amené la mort des sujets dans ce très court laps de temps.

Hénoch (2), en 1886, a relaté des cas analogues; Hervé (3), Gibbons, Ollivier, Hérard ont également noté des morts presque aussi rapides avec le même tableau symptomatique.

Nous avons trouvé aussi une observation de Lombard, de Genève, où l'enfant, relativement bien portant, fut pris tout à coup, au milieu de la nuit, de vomissements et de diarrhée, en même temps qu'apparaissaient de véritables hémorrhagies sous-cutanées. La mort survint en 8 heures.

Chez notre enfant on ne peut songer à autre chose qu'à un purpura. En effet, il ne peut s'agir d'une oblitération vasculaire, d'abord à cause de la généralisation des accidents hémorrhagiques sous-cutanés, ensuite parce que nous avons vu évoluer cette grande tache ecchymotique qui a commencé par un pointillé hémorrhagique et qui s'est constituée par la confluence de ces petites taches punctiformes. Au reste, comme nous l'avons dit plus haut, l'examen du système vasculaire a été fait très minutieusement et nous n'avons rien trouvé.

Il s'agit donc bien d'un purpura et d'un purpura infectieux ou toxique au plus haut chef.

Quelle est la cause de ce purpura ? On aurait pu songer à un empoisonnement suraigu par le phosphore, l'oxyde de carbone, le chloral, l'iodure de potassium. Mais nous ne pouvons nous arrêter un instant à ce diagnostic, l'enfant n'ayant rien pris de tout cela, d'autant que si ces substances portent leur action sur le sang elles produisent

(1) Union médicale du Nord-Est, février 1884.

(2) Soc. de Méd. de Berlin.

(3) Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1888.

un tableau symptomatique qui diffère par bien des points de celui que nous avons observé.

Il ne s'agit pas non plus d'une forme foudroyante de la variole ou de la scarlatine. L'enfant n'a été soumis à aucun contact suspect de ce côté-là pendant les 15 jours qu'il a passés dans le service et ces maladies ne mettent pas un temps si long à incuber. D'ailleurs notre malade avait été vacciné avec succès, et la scarlatine hémorrhagique présente un piqueté plus discret, outre que la fièvre atteint alors à des hauteurs énormes que n'a pas atteintes notre enfant.

Il me paraît bien plus rationnel de rattacher ces accidents hémorrhagiques à l'infection subaiguë qui s'était greffée sur l'entérite chronique dont était atteinte notre malade.

Cet enfant vomissait, avait de la diarrhée et maigrissait à vue d'œil. Il présentait le type de ces enfants atteints d'infections digestives subaiguës qui évoluent sans fièvre ou avec une température très modérée et qui conduisent malgré cela les enfants à la mort, surtout lorsque les accidents se produisent sur un terrain déjà très débilité.

D'ailleurs le purpura est une complication notée par tous les auteurs dans les infections digestives graves. Certes il est extrêmement rare d'observer une forme aussi foudroyante, et je ne puis l'expliquer que par une virulence toute particulière du microbe en cause ou par un affaissement exceptionnel du terrain. Je regrette, encore une fois, de ne pas avoir pu cultiver le sang de mon malade; j'ai seulement ensemencé du sang du cœur, prélevé aussitôt la mort, en bouillon et sur gelose. J'ai déjà dit qu'il n'a rien poussé. Mais cela ne prouve pas que ce sang était stérile. Il aurait fallu faire un examen plus détaillé, des ensemencements plus larges, sur divers milieux, et aussi en cultures anaérobies.

Mais, au reste, qu'importe ici l'espèce du microbe coupable ?

Il nous paraît suffisant, au point de vue clinique, d'avoir signalé ce cas si curieux de purpura foudroyant, décrit pour la première fois par Guelliot, en 1884, bien que l'auteur allemand Henoch s'en attribue la première description en 1886.

Hernie de la vessie rencontrée au cours d'une kélotomie, en même temps qu'un sac déshabité et une entéro-épiplocèle,

PAR MM.

L. Dubar, Professeur de clinique chirurgicale, ET G. Potel, Chef de clinique.

MM. Dubar et Masset ont publié ici même, en 1897, deux cas intéressants de hernie vésicale rencontrée inopinément au cours de cures radicales de hernie inguinale.

Nous venons d'observer, dans la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, un troisième fait de même nature.

L'intervention a été particulièrement laborieuse, car la portion herniée contenait à la fois :

1° Un sac déshabité.

2° Un sac contenant des anses intestinales et de l'épiploon.

3° Une portion de la vessie.

Ces trois parties adhéraient très intimement entre elles, à tel point que, pendant la dissection, la vessie fut ouverte. Les suites furent d'ailleurs des plus bénignes.

Voici l'observation :

Julien D..., 60 ans, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Dubar, pour une hernie inguinale droite qui le fait souffrir et l'empêche de travailler.

Jusqu'à l'âge de 52 ans, le malade affirme n'avoir jamais eu de hernie. En 1892, à la suite d'un effort un peu violent, il ressentit une vive douleur dans la région inguinale droite. Une pointe de hernie se présenta. La hernie augmenta peu à peu, facilitée par ce fait que le malade ne portait point de bandage.

Il ne se préoccupait en aucune façon de cette hernie, lorsqu'il y a un an environ, des douleurs assez vives et très accusées pendant les deux derniers mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital, le décidèrent à venir demander nos soins.

A l'examen, on constate du côté droit, au niveau de la région inguinale, une tumeur du volume d'une orange, peu douloureuse.

Un fait, assez important à noter, c'est que la hernie ne descend pas dans le fond du scrotum et reste globuleuse au-dessus de la région inguinale. La percussion donne de la matité. Dans le décubitus horizontal, la tumeur diminue de volume mais sans disparaître complètement. Une portion, grosse comme une mandarine, persiste sans que la pression réussisse à la faire diminuer.

M. Dubar propose au malade une opération de cure radicale qui est acceptée. Elle est pratiquée le 26 décembre 1898.

Une incision de 12 centimètres, légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, met à découvert la paroi antérieure du canal inguinal et la hernie sous-jacente. Celle-ci a le volume d'une orange, et son pédicule, volumineux, s'engage dans le canal inguinal. L'aponévrose du grand oblique est divisée jusqu'à l'anneau inguinal profond. Le pédicule herniaire a encore en ce point trois centimètres de diamètre. Il est entouré par des fibres musculaires du petit oblique et du transverse qui sont sectionnées. Les éléments du cordon dissociés sont tout d'abord disséqués et réclinés. Puis on trouve un long et large sac aplati qui s'étend

jusqu'à l'orifice extérieur du canal inguinal. Il est isolé et ouvert. C'est un sac déshabité à parois épaisses. Son extrémité supérieure montre une belle cicatrice étoilée, imperméable au plus fin stylet. L'oblitération est ancienne.

Ce sac, très adhérent, ne forme que le tiers de la tumeur qui fait issue par l'orifice inguinal.

En portant les recherches au-dessus de lui, dans le canal inguinal, on tombe sur un second sac, petit, à parois très minces, dans lequel s'engage une anse intestinale et de l'épiploon. On place quelques pinces pour le fixer.

Il reste encore une portion très adhérente aux deux sacs, du volume d'un œuf. Au cours de la dissection, un coup de ciseaux donne issue à un jet de liquide qui n'est autre que de l'urine. Le doigt, introduit dans la plaie, parvient à atteindre le bec d'une sonde introduite dans la vessie.

La plaie vésicale est immédiatement suturée sur deux plans avec du catgut. Un plan profond rapproche la muqueuse sans pénétrer dans son épaisseur. Un plan superficiel réunit ce qui reste des fibres musculaires et le tissu conjonctif de voisinage.

La vessie suturée est refoulée dans l'abdomen et maintenue assez difficilement, car à chaque effort que fait le malade, la hernie vésicale se reproduit. M. Dubar achève la dissection du sac contenant l'anse intestinale, jusqu'à la graisse sous-péritonétale. Oblitération par une suture à la soie. On enlève le sac déshabité et le petit sac habité au-dessous de la suture. Sutures des piliers à la soie, points séparés. Drainage, sutures superficielles au crin de Florence. Pansement iodoformé.

On sonde le malade, on retire environ cinquante grammes d'urine sanguinolente. On ne laisse pas de sonde à demeure.

Les suites, malgré l'importance du traumatisme, ont été des plus simples. La température n'a pas dépassé 37°8. Les urines, deux jours après l'intervention, avaient repris leur teinte normale. Le malade a toujours pu uriner seul. La plaie a guéri par première intention. Le malade sort guéri le 20 janvier 1899.

Cette observation comporte quelques réflexions importantes.

Tout d'abord voici un malade qui, sans avoir jamais fait usage d'un bandage, présente un sac oblitéré à son collet. Cette oblitération n'a pu survenir que par suite des manœuvres de réduction auxquelles il se livrait assez souvent et très probablement par le fait de l'engagement progressif de la vessie dans le canal inguinal, d'où pression permanente du collet herniaire au niveau de l'orifice inguinal externe.

Cet engagement de la vessie et plus tard sa sortie par le canal inguinal n'ont donné lieu qu'à des accidents bien minimes. Le malade n'a pas tout d'abord attiré notre attention sur des troubles de la miction. Il se plaignait uniquement de gêne, et parfois de douleurs assez vives pour l'empêcher de travailler. Ce n'est qu'après l'opération, poussé par nos questions pressantes, qu'après nous avoir encore répondu qu'il urinait normalement, qu'il finit encore par nous raconter à peu près ce qui suit: il y a un an seraient apparus des troubles du côté de la miction qui coïncidèrent avec une augmentation du volume de la hernie. Parfois, au moment de l'émission, il ressentait une vive douleur dans la région inguinale; d'autres fois la douleur l'empêchait d'uriner. Il devait s'appuyer pour « reprendre haleine ».

Certes, si ces phénomènes nous avaient été connus, avant l'opération, ils auraient pu nous être très utiles pendant l'acte opératoire et auraient pu empêcher l'ouverture de la vessie herniée. Nous ne saurions donc trop recommander de pousser l'interrogatoire des malades aussi loin que possible. Néanmoins, bien souvent, malgré l'insistance qui sera apportée dans ce sens, on n'obtiendra pas les éclaircissements utiles.

Il ne faut d'ailleurs pas attacher une trop grande importance à l'ouverture du réservoir de l'urine hernié, à condition de le reconnaître, de s'en assurer et de fermer très aseptiquement la plaie de la vessie, comme M. Dubar l'a fait dans trois cas sans aucun accident.

Sur un cas d'angine à bacilles fusiformes et spirilles

par M. le docteur **Mariau**,
médecin aide-major au 16e Bataillon de chasseurs, ancien Chef de Travaux anatomiques.

Nous croyons être le premier à avoir observé au complet un cas d'angine diphtéroïde à bacilles fusiformes et spirilles, ou du moins notre observation a précédé de quatre ans la communication de M. le professeur agrégé Vincent à la *Société médicale des hôpitaux* (mars 1898). Notre cas ne fut pas publié et donna simplement lieu à une correspondance avec notre camarade Chavigny, alors chef de laboratoire de bactériologie au Val-de-Grâce.

Les travaux de M. Vincent ont assigné à cette angine une place distincte dans le cadre nosologique. De nombreuses observations en sont actuellement publiées de divers côtés. Nous donnons aujourd'hui la nôtre, qui fera nombre, et qui peut être considérée comme un cas type.

Observation. — X..., sergent au 14e d'infanterie, se présente un matin d'avril 1894 à la visite régimentaire avec un mal de gorge. A l'examen, on constate que le mal est exclusivement localisé à l'amygdale droite.

Celle-ci est tuméfiée, à peine plus rouge que le reste de la gorge, et présente une ulcération, presque circulaire, recouverte d'une épaisse fausse membrane jaunâtre L'ulcération creuse l'amygdale, on la devine profonde et anfractueuse sous la couenne qui la recouvre irrégulièrement. L'exsudat est pulpeux, adhérent à la muqueuse qui saigne au moindre contact. Le reste de la gorge est absolument sain. A l'angle de la mâchoire, tuméfaction ganglionnaire légère, assez douloureuse. Pas de fièvre. L'état général est seulement un peu altéré : la langue est sale et le malade est plus pâle que d'habitude.

L'aspect de l'ulcération, les caractères de la membrane, le saignement facile de la muqueuse, l'adénopathie font tout de suite penser à une angine diphtéritique. Mais l'unilatéralité si remarquable de la lésion, l'altération presque nulle de l'état général, éveillent le soupçon de chancre infectant de l'amygdale. Avant d'ensemencer sur sérum, nous commençons par l'examen microscopique d'un frottis de l'exsudat sur lamelles, coloré au violet de méthyle. Nous sommes fort étonné de constater un amas considérable d'énormes bacilles, très distincts, relativement longs, et amincis à leurs extrémités. Le champ du microscope en est rempli. Ils sont beaucoup plus longs et plus gros que les bacilles de Löffler avec lesquels la confusion n'est pas possible. Sur le fond clair qu'ils ménagent dans leurs intervalles, se détachent moins nettement et avec une coloration plus faible, des spirilles d'une finesse extrême, très longs et très sinueux. Plusieurs examens pratiqués dans le cours de la maladie donnent le même résultat, sauf que sur le déclin, les spirilles abondent plus que les bacilles.

Le malade guérit facilement en 10 ou 12 jours par des moyens simples.

M. le médecin-major Vincent considère l'angine à bacilles fusiformes comme relativement fréquente, le nombre des cas publiés dépassant actuellement soixante. Personnellement nous n'en avons vu qu'un seul cas en dix années de pratique dans le milieu militaire, qui a fourni à notre observation des centaines d'angines de toute espèce. Quoi qu'il en soit, c'est une affection avec laquelle il faudra toujours compter lorsqu'on se trouvera en présence d'une *ulcération amygdalienne, unilatérale,* avec *retentissement ganglionnaire* et *altération légère* de l'état général. Le diagnostic microscopique en est extrêmement facile ; il mettra à l'abri d'erreurs graves de pronostic, puisque ce n'est rien moins qu'avec la diphtérie ou la syphilis que cette affection peut être confondue.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. Proust étudie les moyens de défense de l'Europe contre les épidémies de peste venant de l'Orient.

Société de Chirurgie. — M. Broca revient sur la question toujours si discutée : Quand faut-il opérer l'appendicite ?

M. Poirier a opéré un malade dont le sciatique était comprimé et déchiré. Bon résultat.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Vincent présente de nouvelles recherches sur l'angine diphtéroïde à bacilles fusiformes.

Société de Dermatologie. — M. Balzer. Les rayons X produisent des accidents cutanés.

Analyses de Mémoires français et étrangers

La dyspepsie des enfants du premier âge et en particulier des rachitiques, par Raulin. — *Archives cliniques de Bordeaux*, 1898, p. 485.

Raulin, après Léo, Zweifel, etc., a étudié le chimisme stomacal chez les nourrissons, et en particulier chez les nourrissons rachitiques.

Le repas d'épreuve adopté se compose uniquement de 100 grammes de lait bouilli, que l'on extrait une demi-heure à trois quarts d'heure après l'ingestion.

Clopatt, qui a surtout étudié la digestion des enfants sains, a trouvé que chez les enfants nourris au sein l'acidité totale est moins grande que chez les enfants nourris au biberon, ce qui veut dire que le lait de femme est transformé par l'estomac avec moins de travail et une moindre production de H Cl que le lait de vache et sans formation d'autres produits acides.

Raulin a surtout étudié la digestion chez les enfants rachitiques, et du résultat des analyses découlent des conclusions très intéressantes.

La quantité de chlore total est beaucoup plus faible chez les enfants rachitiques que chez les enfants sains, ce qui indique que le processus sécrétoire est plus faible chez les rachitiques que chez les autres. Mais, outre cette altération quantitative, les composés chloro-organiques subissent encore une modification qualitative. Au lieu d'être formé par des corps acides, ils sont composés en majeure partie de composés neutres ou ammoniacaux qui sont le point de départ des phénomènes d'auto-intoxication et d'inanition cellulaire présentés par les rachitiques. En résumé, chez les rachitiques, le travail digestif étant insuffisant comme quantité et qualité, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'organisme s'affaiblisse et tombe en déchéance.

G. Potel.



Le traitement chirurgical de la rétroflexion irréductible de l'utérus gravide (Dr Matthew Magy, *American Journal of obstetrics*, juillet 1898).

Lorsque l'utérus gravide rétrofléchi est incarcéré dans la cavité pelvienne le traitement consiste à la réduire et, à défaut de réduction, à le vider. D'après M. Mayn les récents progrès de la chirurgie abdominale modifieraient

ce second terme du traitement. C'est à la laparotomie qu'on s'adresserait pour réduire l'utérus. Si l'utérus est assez volumineux pour remplir complètement l'excavation pelvienne, les tentatives de réduction par le vagin échoueront, non pas que l'utérus soit trop gros pour franchir le détroit supérieur, mais parce que rien n'agissant sur lui par en haut, la pression atmosphérique tend à le maintenir dans son ancienne position Enfin, les adhérences peuvent constituer un obstacle insurmontable à la réduction.

L'auteur a opéré ainsi une multipare, enceinte de quatre mois, atteinte de rétention d'urine et des matières fécales. Le bassin était rempli par l'utérus rétrofléchi. La réduction ne put être obtenue dans la position genu-pectorale et sous l'anesthésie. La laparotomie fut faite; la main fut introduite en arrière de l'utérus et le fond de l'organe fut attiré, non sans quelque difficulté, au-dessus du détroit supérieur. Cette intervention fut suivie d'une prompte guérison. Un second cas opéré de la même façon donna le même résultat heureux.

Le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide par la laparotomie avait déjà été mis en pratique par Jacobs (de Bruxelles), qui en a rapporté dix cas au Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Bordeaux (1895), et qui en a récemment publié une nouvelle observation dans le *Journal d'accouchements*, de Liège (1898).

Il est, pour le moment, difficile de porter un jugement définitif sur cette méthode. Si elle peut être utile lorsqu'il existe des adhérences pelviennes empêchant le redressement de l'utérus, on conçoit difficilement que, dans les autres cas, elle soit plus efficace que la réduction par voie vaginale qui offre certainement moins de dangers et qui réussit dans l'immense majorité des cas, lorsqu'on intervient à temps.

Dr M. O.

NOUVELLES & INFORMATIONS

A la suite des cas de peste qui se sont présentés récemment à Vienne (Autriche), et dont le docteur **Müller** a été victime, une commission composée de représentants des Ministères de l'instruction publique et de l'intérieur et de médecins éminents, a élaboré un petit code des **mesures propres à préserver les étudiants et le public des dangers qui pourraient résulter des recherches poursuivies dans les laboratoires de bactériologie.**

Dans l'instruction ministérielle du 10 janvier 1899, approuvant ces mesures et transmise aux recteurs, MM. Liard et les docteurs Brouardel, Monod, Napias, Proust et Roux s'expriment ainsi :

« Il n'entre pas dans les intentions de la Commission de demander qu'il soit apporté une restriction quelconque aux travaux des laboratoires de bactériologie ; car, pour combattre efficacement les maladies infectieuses, il faut d'abord les bien connaître.

» La Commission a même été unanime à penser que les dangers que peuvent causer ces laboratoires ne doivent pas être exagérés. En réalité, on n'a compté jusqu'ici, du moins en France, que de rares accidents individuels.

» D'ailleurs tout accident prévenu est évité si les chefs de laboratoire savaient exercer autour d'eux l'action nécessaire, s'ils étaient bien pénétrés de leur devoir vis-à-vis des étudiants et du public, de leur responsabilité. Leur rappeler cette responsabilité et les avertir qu'il leur sera personnellement demandé compte de tout accident survenant dans leurs laboratoires est la meilleure mesure que puissent prendre, en l'espèce, les pouvoirs publics.

» Il appartient donc aux chefs de laboratoire de choisir avec soin leur personnel ; le recrutement des garçons de laboratoire attirera particulièrement leur attention. Ces agents ne doivent être nommés que s'ils sont reconnus tout-à-fait capables de remplir ces fonctions souvent délicates.

» Informés de toutes les recherches poursuivies autour d'eux, les chefs de laboratoire ne laisseront entreprendre les travaux dangereux que par ceux de leurs auxiliaires qu'une instruction technique rend aptes à ces travaux. Ils n'autoriseront la sortie des cultures hors du laboratoire qu'après s'être assurés de leur destination.

» Enfin ils sauront maintenir la discipline et imposer l'observation des précautions suivantes, dont l'usage a démontré l'efficacité.

» 1° *Aménagement du laboratoire.* — Les tables de travail doivent être aisément désinfectables ; les tables en lave émaillée ou à défaut les tables en ardoises, les tables en bois imperméable ou recouvertes d'une plaque de verre, sont celles qui donnent le plus de sécurité.

» Les animaux destinés aux expériences seront placés dans des cages métalliques faciles à stériliser par flambage ou par immersion dans une solution antiseptique, et ces cages seront disposées dans une chambre spéciale distincte de la salle de travail : le sol de cette chambre sera carrelé ou bitumé, de façon à se prêter facilement au lavage et à la désinfection.

» 2° *Entretien du laboratoire.* — En cas de contamination accidentelle du sol (culture ou matière virulente projetée à terre), il conviendra de couvrir immédiatement la partie souillée de liquide antiseptique.

» 3° *Tenue des élèves.* — Toute personne travaillant dans un laboratoire de bactériologie doit revêtir une blouse, et cette blouse sera rigoureusement désinfectée par le passage à l'étuve avant d'être livrée au blanchissage.

» Les élèves seront avertis qu'il est dangereux de fumer dans un laboratoire bactériologique, que cette pratique peut occasionner des contaminations microbiennes : la cigarettte ou le cigare déposé sur les tables de travail peut se souiller de germes qui se trouvent ainsi facilement portés à la bouche. Les élèves seront formellement invités à s'abstenir de fumer.

» 4° *Cultures usées.* — Toute culture qui cesse d'être utilisée doit être détruite par stérilisation ; sous aucun prétexte, elle ne doit être jetée (à l'égout, etc.) avant cette destruction.

» 5° *Expériences sur les animaux et traitement des résidus d'animaux.* — Une excellente pratique dans les expériences faites sur les maladies dangereuses et de courte durée (peste, morve, etc.), est de placer l'animal inoculé non dans une cage, mais dans un bocal, et de l'y laisser séjourner jusqu'à sa mort. La stérilisation du bocal s'effectue ensuite facilement en remplissant ce vase avec une solution antiseptique, acide phénique acidulé, par exemple, qu'on y laisse quarante-huit heures au moins.

» Si on place l'animal dans une cage, cette cage doit être munie d'une étiquette apparente indiquant la nature de la maladie du sujet. Les litières des animaux contaminés doivent être soigneusement détruites par crémation.

» C'est aussi par crémation, par incinération dans un four qu'il faut détruire les cadavres des animaux qui ont servi aux expériences. L'incinération peut, dans quelques cas particuliers, être remplacée par l'immersion dans l'acide sulfurique, ou pour les petits animaux, par l'ébullition prolongée du cadavre. Les animaux seront toujours transportés au four crématoire (ou au vase d'immersion), dans une caisse bien close. »

En terminant l'énumération de ces diverses précautions, la Commission rappelle encore aux chefs de laboratoire que seule leur surveillance assidue peut en assurer l'efficacité.

Exposition rétrospective des instruments et appareils de Chirurgie

On sait qu'à chaque classe de l'**exposition contemporaine de 1900** sera annexée une *exposition rétrospective*, destinée à rassembler tous les objets de fabrication ancienne, faisant partie de la classe considérée.

Pour la Classe 16, qui a trait aux *instruments et appareils de chirurgie*, le Comité reçoit dès maintenant les demandes d'admission. Il fait un très pressant appel à tous les collectionneurs d'anciens modèles d'instruments, à tous les fabricants d'appareils, à tous les conservateurs des musées de nos écoles et facultés de médecine, à tous ceux qui ont la garde des arsenaux d'instruments dans les hôpitaux français, à tous ceux enfin qui possèdent des objets rentrant dans cette catégorie.

Il les prie de vouloir bien s'associer aux efforts tentés par les membres du Comité, de façon à pouvoir réunir, à l'occasion de cette grande manifestation industrielle, une collection véritablement unique, qui ait un réel intérêt scientique et historique.

Les instruments qui sont admis à faire partie de cette exposition sont : les instruments de chirurgie générale, les appareils prothétiques généraux, le matériel d'opération, les appareils herniaires, les appareils d'orthopédie et de prothèse dentaire, les instruments d'ophtalmologie, d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, de gynécologie et d'obstétrique, etc. Y seront joints les appareils servant aux études anatomiques et histologiques, ainsi que les applications médicales des instruments de précision. On pourra envoyer également les dessins d'instruments anciens, mais les *originaux* seulement.

L'exposition sera *personnelle* et les instruments ne seront pas mélangés. Chaque collection particulière aura donc une place à part, en rapport avec son importance.

Les pièces uniques seront rangées en séries similaires, avec le nom de l'exposant.

L'Administration de l'Exposition pourra, dans certains cas, prendre à sa charge tout ou partie des frais d'emballage et de réexpédition. Aucun produit exposé ne pourra être dessiné, copié ou reproduit sous une forme quelconque sans une autorisation de l'exposant, visée par la Direction générale de l'exploitation. Il sera dressé, en langue française, un catalogue méthodique et complet des œuvres avec indication du nom des exposants et des places occupées dans les palais.

Des diplômes commémoratifs, signés par le Ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes et par le Commissaire général, pourront être décernés aux personnes qui auront prêté leur concours pour les expositions rétrospectives.

La participation à ces expositions donnera lieu à la délivrance d'une *carte d'entrée gratuite*, si l'Administration considère cette faveur comme justifiée par l'importance des objets exposés.

Le Comité prie instamment toutes les personnes qui s'intéressent au progrès de l'art chirurgical de vouloir bien lui confier les instruments qu'elles possèdent et de lui signaler les collections particulières ou spéciales, ayant un intérêt de premier ordre, dont elles pourraient connaître l'existence.

Première réunion de l'Association des Anatomistes

Il existe en Angleterre et en Allemagne des Sociétés anatomiques. En France la Société qui porte ce nom est presque exclusivement composée d'internes des hôpitaux de Paris et s'occupe surtout d'anatomie pathologique. Les anatomistes français étaient donc isolés, pour leur plus grand dommage et pour celui de la science nationale. Un groupe de professeurs des Facultés de médecine de province a pris l'initiative de les réunir, et d'en faire le noyau d'une Association latine. L'**Association des Anatomistes** vient de tenir son premier congrès annuel à Paris, les 5 et 6 janvier, au Collège de France et à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Balbiani, du collège de France, le doyen des embryologistes de notre pays. MM. Mathias Duval, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris ; Renaut, professeur d'histologie à la Faculté de Lyon ; Romiti, professeur d'anatomie à Pise (Italie), l'ont assisté comme vice-présidents. M. le professeur Nicolas, de Nancy, comme secrétaire perpétuel, etc... Les professeurs Ranvier, du Collège de France, et Van Bambeke, de Gand, ont été nommés, par acclamation, présidents d'honneur. Outre un assez grand nombre de Parisiens et de provinciaux, on remarquait la présence de plusieurs savants étrangers : MM. van Bambeke et van der Stricht (Gand) ; van Gehuchten (Louvain) ; Romiti (Pise) ; Mitrophanow (Varsovie), etc...

Deux longues séances ont été consacrées aux communications, une aux démonstrations. Dans les vastes salles des travaux pratiques d'histologie de la Faculté de médecine, une centaine de microscopes étaient occupés par les congressistes, sans compter d'assez nombreuses pièces macroscopiques.

Parmi les communications nous ne citerons que celles qui ont été faites par les anatomistes de la région : Ont présenté : M. Toison, de la Faculté libre, de remarquables photographies microscopiques ; — M. Bédart, deux notes sur un tubercule scaphoïdien accessoire, et sur l'ossification des sésamoïdes du gros orteil par deux points séparés ; — MM. Laguesse et d'Hardiviller, 1° sur les bronchioles respiratoires, et 2° sur les canaux alvéolaires du pancréas humain ; — M. Laguesse, sur les îlots endocrines dans le pancréas de la vipère.

La prochaine réunion coïncidera avec celle de la section anatomique du Congrès international de médecine, à Paris, en 1900 ; la suivante se tiendra très probablement en province.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur Thibaut, agrégé de la Faculté de médecine, est nommé **inspecteur des pharmacies**, en remplacement de feu le professeur Lotar.

— M. Machelard, pharmacien, est nommé pharmacien des bureaux de bienfaisance.

— Dans la liste des internes, que publient les journaux de Paris, nous relevons avec satisfaction le nom de M. Le Lorier, nommé provisoire, ancien élève de notre Facuté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Ont été élus :

Membres titulaires de la **Société de médecine légale** : MM. les docteurs Budin, Maygrier et Séglas.

Membres correspondants nationaux de la **Société de chirurgie** : MM. les docteurs Latouche, d'Autun ; Peugniez, d'Amiens ; Témoin, de Bourges ; Sieur, médecin militaire.

Membres titulaires de la **Société anatomique** : MM. les docteurs Macaigne, Auscher et Bouglé ; membres adjoints : MM. Marcille et Lefur.

Distinctions honorifiques

Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Danjou, de Boulogne-sur-Seine ; Hœlling, de Montrouge ;

Officiers d'académie : MM. les docteurs Bergé, Marsy, Sebillotte, Gasne, Philippe, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Dumontpallier, ancien médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine ; Du Pasquier, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Larrieu, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople.

M. Gluge, professeur d'anatomie, à Bruxelles.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

2e semaine du 8 au 14 Janvier 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	4
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	4	4
2 à 5 ans	4	7
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	2	»
20 à 40 ans	7	5
40 à 60 ans	7	8
60 à 80 ans	10	10
80 ans et au-dessus	1	3
Total	52	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	9	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	6	13	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	3	1	2	»	»	1	»	»	»	1	»	7	16	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	2	1	1	1	»	2	»	»	»	»	»	5	14	34
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	5	9	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	6	12	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3	5	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3	»	»	»	1	»	3	8	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	8	27
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5
Total	»	»	»	1	1	4	»	3	16	5	8	1	»	10	1	2	»	2	»	43	97	145

N° 107. Troisième Année, N° 5. Le Numéro : **10** centimes. 29 Janvier 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT *5 fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE. *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos des nouvelles allumettes

Par le Professeur **H. Surmont**

Le phosphore est toxique, tous les médecins le savent, et si la gravité des empoisonnements aigus est très grande, l'intoxication chronique peut, elle aussi, déterminer des accidents redoutables dont le plus connu est la nécrose phosphorée.

L'empoisonnement aigu est habituellement accidentel (crime, suicide, accident, médication trop violente par l'huile phosphorée) ; l'intoxication chronique est presque exclusivement professionnelle et s'observe soit chez les ouvriers des usines de produits chimiques, soit chez les allumettiers.

On sait que des deux variétés de phosphore, le phosphore blanc seul est toxique ; aussi son remplacement par le phosphore rouge ou amorphe a-t-il été demandé par certains hygiénistes et médecins, et en quelques pays, le Danemark (1876), la Suisse (1882), rendu obligatoire dans la fabrication des allumettes, la seule industrie qui utilise le phosphore en grand.

En France, l'Académie de Médecine, en diverses circonstances, et en dernier lieu en 1897, a émis le vœu de la suppression complète du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes, la limitation du taux d'emploi de ce produit dans les pâtes pour allumettes, réglementée par des lois et décrets dans certains pays, ne paraissant pas donner de diminution notable dans le nombre de cas de nécrose, autrement dit, n'ayant donné aucun profit appréciable pour l'hygiène.

Malheureusement il est extrêmement difficile de trouver un corps qui, pour la fabrication des allumettes, présente les mêmes avantages que le phosphore blanc, à tel point que la plupart des ingénieurs et des fabricants, et même certains médecins considéraient jusqu'il y a quelques mois son emploi comme une nécessité inéluctable. Bien caractéristique à cet égard est l'opinion de MAGITOT, l'un des médecins qui ont le mieux étudié la nécrose phosphorée et le phosphorisme professionnel, qui, en 1897, lors de la fameuse discussion soulevée à l'Académie de médecine (février et mars) déclarait que la suppression du phosphore blanc est à la fois inutile et impraticable... En fait la Suisse, après l'avoir essayée en 1882, y a renoncé deux ans plus tard.

L'assainissement des fabriques où on utilise le

phosphore blanc n'est, au reste, pas absolument impossible : les fabriques d'Alger et d'Aix, par exemple, sont salubres, parce qu'on y travaille les fenêtres ouvertes en tout temps, ainsi que l'a fait remarquer VALLIN ; et dans certains pays la diminution des cas de phosphorisme a suivi l'application de mesures d'hygiène plus rigoureuses dans les ateliers, en particulier d'une ventilation mieux faite, ainsi qu'on l'a pu voir, par exemple, à Grammont, en Belgique, où l'on ne compte pas moins de 1100 ouvriers allumettiers. L'influence d'une prophylaxie bien dirigée, basée sur une surveillance médicale journalière et une sélection méthodique des ouvriers a été mise en évidence dernièrement par M. COURTOIS-SUFFIT (1). Ce médecin a pu, en 1897, d'éviter complètement, parmi les 700 ouvriers et ouvrières des malsaines usines de Pantin-Aubervilliers, non seulement la nécrose, mais encore les nombreux accidents attribués à tort ou à raison à l'intoxication phosphorée chronique.

Toutefois il est évident que la « suppression du phosphore blanc est le seul moyen capable d'assurer l'assainissement définitif de l'industrie des allumettes », pour employer les expressions du vœu adopté le 2 mars 1897 par l'Académie de médecine, à l'unanimité moins deux voix (celles de MM. BOUCHARDAT et MAGITOT). Or, le problème vient d'être résolu par deux ingénieurs des manufactures de l'Etat, MM. SEVÈNE et CAHEN, qui, en substituant le sesquisulfure de phosphore au phosphore blanc, ont rendu à l'hygiène industrielle le plus signalé service.

Si le problème de la suppression du phosphore blanc a été si longtemps insoluble cela tient à ce que la plupart des inventeurs n'avaient trouvé pour le remplacer que le phosphore rouge. Or, les seules allumettes vraiment pratiques au phosphore rouge sont celles dites communément amorphes ou suédoises. Dans cette variété le comburant est du chlorate de potasse qui se trouve seul, avec la colle et les matières inertes nécessaires, contenu dans le bouton de l'allumette ; le combustible qui est le phosphore rouge est étendu sur le frottoir des boîtes. Ces allumettes sont le type des allumettes de sûreté puisque le comburant et le combustible sont séparés l'un de l'autre, mais elles ont l'inconvénient de nécessiter un frottoir spécial et de ne pas s'allumer sur toutes les surfaces. Elles sont cependant acceptées dans certains pays où elles sont d'un usage courant (en Danemark il n'y en a pas d'autres). En France, leur emploi a plus de peine à se répandre (1), et la plupart de nos compatriotes préfèrent utiliser les allumettes susceptibles de prendre partout, voire à l'occasion sur un fond de culotte. Or, le phosphore rouge ayant une température de combustion relativement élevée (260°), il devenait nécessaire, pour l'utiliser, d'employer une pâte à allumettes mixte, c'est-à-dire contenant un mélange de phosphore rouge et de matière comburante, susceptible d'apporter une quantité d'oxygène suffisante. Le chlorate de potasse mélangé au phosphore rouge donne des allumettes qui font explosion à l'allumage, et crachent, sans compter qu'elles s'enflamment facilement pendant les manipulations de l'usine. Le permanganate de potasse, essayé aussi, a l'inconvénient d'oxyder les matières organiques nécessaires à la préparation de la colle ; il est pour cette raison inutilisable. Les sels suroxygénés de plomb ne peuvent allumer le phosphore que s'ils sont additionnés de chlorate de potasse, et alors les allumettes crachent, sans compter que leur fabrication expose les ouvriers à une nouvelle intoxication, le saturnisme.

On comprend dès lors la difficulté pour les ingénieurs de trouver un bouton mixte, répondant à tous les besoins. Cette découverte est précisément celle que viennent de faire MM. SEVÈNE et CAHEN. La pâte employée actuellement sur les indications de ces auteurs a la composition suivante :

Sesquisulfure de phosphore	6
Chlorate de potasse	24
Blanc de zinc	6
Ocre rouge	6
Poudre de verre	6
Colle	18
Eau	34

Avec cette pâte on peut donc faire des boutons mixtes susceptibles d'être appliqués aux allumettes soufrées, paraffinées ou en cire, et prenant sur toutes les surfaces. Ce dernier avantage tient à ce que le sesquisulfure s'enflamme à une température de 95° (le phosphore blanc à 60°, le rouge à 260°), que la friction peut développer.

(1) On sait que la porte d'entrée habituelle de la nécrose phosphorée est une carie dentaire pénétrante ; une hygiène soignée de la bouche et une inspection médicale fréquente et complète sont les meilleurs moyens de prophylaxie de la nécrose phosphorée.

(1) En France, sur 28 milliards d'allumettes fabriquées par les manufactures de l'Etat, on ne compte que 8 milliards d'allumettes amorphes (VALLIN, rapport à l'Académie de médecine, 9 février 1897).

Le sesquisulfure de phosphore est un corps très fixe (température d'ébullition 380°). Il ne donne pas de vapeurs aux températures ordinaires, n'est pas phosphorescent, et est tellement inaltérable à l'air que M. LEMOINE, qui a fait de ce corps une étude très complète (*Bull. Soc. Chim.* 1864, t. Ier, p. 407) a pu en conserver un échantillon pendant quinze ans à l'air sans traces sensibles d'altération.

La toxicité du sesquisulfure par ingestion est faible, la dose de trois centigrammes par jour, répétée, s'est montrée, d'après MM. SEVÈNE et CAHEN, sans inconvénients pour les cobayes; cette dose de trois centigrammes correspondrait pour un homme adulte à un poids de 39gr.5, c'est-à-dire à la quantité de sesquisulfure contenue dans 6.000 allumettes (VALLIN).

Cette faible toxicité du sesquisulfure est d'autant plus intéressante à relever qu'il ne peut contenir comme impuretés que du phosphore rouge et de l'eau. Au reste, d'après M. LEMOINE, le phosphore est à l'état rouge dans cette combinaison avec le soufre.

Le phosphore blanc, pour passer à l'état rouge, perd de la chaleur, la combinaison du phosphore rouge avec le soufre s'accompagne d'un nouveau et notable dégagement de chaleur. Dans ces conditions on pouvait espérer que le mélange du chlorate de potasse avec le sesquisulfure de phosphore serait moins explosif que son mélange avec le phosphore rouge. C'est ce que l'expérience a confirmé.

En résumé on voit que le nouveau produit permet de fabriquer des allumettes non toxiques, moins exposées aux inflammations accidentelles, très stables, susceptibles de s'allumer partout. L'adoption du sesquisulfure de phosphore a de plus, en écartant la crainte des intoxications professionnelles, permis la simplification de certains procédés de fabrication, par exemple la suppression des machines à emboîter, qui exigeaient des ouvrières 20 à 30,000 coups de pédale par jour, par conséquent une fatigue considérable. En somme, il y a dans l'invention de MM. SEVÈNE et CAHEN, non seulement un grand bienfait pour les ouvriers allumettiers, mais encore un progrès réel dans une industrie importante.

On peut ajouter qu'il y aura aussi probablement de ce fait une certaine économie pour le budget, allégé à l'avenir des sommes que lui coûtait l'intoxication phosphorée réelle ou simulée des ouvriers des manufactures nationales. Rien de plus instructif à cet égard que les chiffres suivants : Au mois d'octobre 1896, sur la demande du Ministre des Finances, l'Académie de Médecine nommait une commission composée de MM. VALLIN, MAGITOT et MONOD, avec la mission de contrôler l'état de santé de 226 ouvriers et ouvrières qui, depuis plusieurs mois, se faisaient porter malades. Sur ces 226 ouvriers, la commission en trouva exactement 15 à mettre en observation ou en traitement, quelques-uns pour des nécroses limitées et de moyenne gravité, d'autres pour des maladies très diverses, compliquées, imputables ou non à l'intoxication phosphorée. Des 211 ouvriers qui restaient, 189 ne présentaient aucun signe de maladie et auraient pu, de l'avis de la Commission, reprendre le travail le lendemain de la visite ; 12 âgés, débilités, mais non intoxiqués, furent proposés pour la réforme ; 10 ouvriers, enfin, âgés ou très anciens de service, avaient eu autrefois des accidents dus au phosphore, et furent proposés pour une pension complète de retraite.

On peut voir, par cet exemple, de ce qui se passait en l'an de grâce 1896 dans les manufactures nationales d'allumettes, que le rôle des médecins chargés par l'Etat de rechercher les *fricotteurs* ne sera pas une sinécure dans l'avenir où on nous promet que toutes les industries seront nationalisées (1).

Clinique Chirurgicale de St-Sauveur

Pseudarthrose. — Déambulation. — Thyroïdine

Par le Professeur H. Folet

La plupart des fracturés de jambe qui entrent dans mon service de Clinique de l'Hôpital Saint-Sauveur sont traités par l'appareil de marche qui continue à me donner des résultats très satisfaisants ; bien que, — je le constate à regret, — l'usage ne s'en répande guère parmi les médecins, qui en ignorent les avantages.

Vers le milieu d'octobre dernier, un homme fut placé dans ma salle Saint-Jean, porteur d'une fracture en biseau du tiers inférieur de la jambe. Après quelques jours d'attente, le dégonflement obtenu, je lui appliquai la gouttière contentive plâtrée, avec l'intention de lui poser le surlendemain l'étrier ambulatoire. Mais, ayant été très chargé, les jours suivants, de

(1) Voir sur toute cette question : Académie de Médecine 1897, séances des 9 et 23 février, 2 et 9 mars : l'Assainissement de la fabrication des Allumettes, rapport de M. VALLIN, Discussion par MM. MAGITOT, ROUSSEL, BOUCHARDAT, LEREBOULLET, LABORDE.

Voir aussi : COURTOIS-SUFFIT : Académie de Médecine, 7 décembre 1897 et 27 décembre 1898.

besogne et d'opérations, nous oubliâmes complètement le blessé qui, ne souffrant nullement, ne se plaignit pas et ne réclama point. Ce ne fut qu'au bout de quinze jours que l'on s'avisa de la chose ; et, le malade ne semblant point pressé de se lever, la fracture paraissant d'ailleurs bien maintenue, je le laissai achever dans son lit le temps nécessaire à la consolidation.

Mais, quand j'enlève l'appareil, vers la fin de novembre, la solidification ne s'est pas effectuée. Les deux fragments tibiaux sont unis par des liens fibreux assez denses et serrés pour que le membre puisse être levé en bloc au-dessus du plan du lit ; mais, quand on empoigne ces fragments, ils remuent un peu l'un sur l'autre ; et, si l'on porte en arrière le fragment inférieur, on fait légèrement saillir la pointe biseautée du supérieur.

En présence de ce résultat, j'étais enchanté, je l'avoue, de n'avoir point fait marcher ce malade. S'il avait eu l'appareil ambulatoire, on n'aurait pas, et moi-même je n'aurais pas manqué de mettre sur le compte de l'appareil, l'absence de formation du cal osseux.

J'ai l'habitude de traiter ces pseudarthroses par la marche méthodique. Parmi les traitements non opératoires des consolidations retardées figurent depuis longtemps les frottements des deux fragments l'un contre l'autre. La marche, au lieu d'effectuer vigoureusement et en une seule séance les frictions interfragmentaires, les répète beaucoup moins violentes à doses quotidiennement fractionnées. La marche, prudente et graduée, imprime au foyer de fracture de petits frottements et des pressions douces essentiellement ostéogéniques. Puis elle réveille et la vitalité générale du sujet et la vitalité locale du membre traumatisé, souvent fort languissantes après cinq semaines de séjour au lit. C'est probablement cette dernière action qui fait que les frottements imprimés à la pseudarthrose par les mouvements auxquels le malade se livre dans son lit ne remplacent en aucune façon la marche.

Chez mon malade, je maintiens les fragments par deux attelles moulées sur la face interne et sur la face externe de la jambe. Chaque attelle est formée de quinze épaisseurs de tarlatane plâtrée. L'attelle ainsi faite est, le lendemain de sa fabrication, recouverte, à sa face extérieure, d'une lame de gutta-percha épaisse de six millimètres, ramollie dans l'eau bouillante. La gutta adhère bientôt au plâtre et fait corps avec lui. Une fois bien séchées, ces attelles composites sont très solides. Elles se moulent exactement sur le membre sur lequel on les tient fermement appliquées par une bande de forte flanelle, et dont elles maintiennent les fragments en position convenable. Puis j'ai fait donner des béquilles au blessé et lui ai commandé de marcher deux heures par jour, en quatre fois, pendant huit jours, en posant la semelle du pied sur le sol sans appuyer, puis en l'appuyant de plus en plus fort. Je gradue ainsi la pression de peur que, alors qu'aucune ostéogénèse ne s'est faite encore, les liens de la pseudarthrose ne s'allongent sous le poids du corps, laissant glisser l'un sur l'autre les faces des deux biseaux de fracture, et n'augmentent ainsi le déplacement.

Il faut souvent six à huit semaines pour obtenir par ce moyen la solidification d'une fracture à cal retardé; mais on constate d'ordinaire au bout de quelques jours un resserrement de la pseudarthrose, une diminution de la mobilité. Ici, au bout de deux semaines, les fragments semblaient jouer l'un sur l'autre tout autant que le premier jour. Nous n'avions rien gagné ou très peu de chose.

Sur ces entrefaites, je lus, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* du 6 décembre 1898, une observation de M. Quénu, dont voici le résumé : Fracture ouverte du fémur ayant troué la peau ; résection du fragment supérieur, drainage, suppuration longue ; six mois après aucune trace de consolidation, membre ballant. On administre des capsules de thyroïdine et « *la consolidation est telle au bout de cinq jours que le surlendemain, avec un silicate, la malade se lève et marche* ». Et M. Reclus apportait à cette communication une confirmation personnelle : « Il y avait chez moi, dit-il, un malade porteur d'une pseudarthrose du fémur, sa cuisse était énorme et nous ne savions pourquoi la consolidation ne s'effectuait pas. Nous étions sur le point de recourir à l'intervention sanglante, quand j'eus l'idée, à la suite de lectures que j'avais faites sur ce sujet de quelques mémoires étrangers, d'administrer à mon malade quelques capsules de thyroïdine. L'*effet fut réellement foudroyant :* je ne sais plus trop si c'est en cinq jours, comme dans le cas de M. Quénu, mais en très peu de temps, le cal fondit et la consolidation eut lieu. Je dois dire que depuis, pour des retards de consolidation, j'ai employé la thyroïdine avec un résultat négatif. »

Frappé de ces affirmations si nettes, ayant constaté

du reste que mon malade ne présentait aucun symptôme cardiopathique et que ses reins fonctionnaient bien, je lui fis administrer la thyroïdine sous la forme que m'offrait la pharmacie de l'hôpital, c'est-à-dire en *pastilles de thyroïdine Flourens*, « représentant, dit l'étiquette, vingt centigrammes chacune de corps thyroïde de mouton frais et sain ». — Trois pastilles par jour, une heure avant les repas. Le malade continua à marcher deux heures par jour.

Je dois à la vérité de dire qu'au quatorzième jour de ce traitement la consolidation presque complète était acquise et que le malade, marchant solidement sur sa jambe (soutenue, par précaution, au moyen des deux attelles), voulut absolument sortir de l'hôpital. Quelle part est due dans ce résultat à la déambulation méthodique, quelle part au médicament ? Il me semble probable que la plus grande revient à la thyroïdine. Comment agit-elle ? Agira-t-elle dans tous les cas ? Je ne sais. Ce fait est tout simplement un document d'attente à ajouter aux faits analogues. Toujours est-il que dans les retards inexpliqués de consolidation, on sera en droit de songer à la thyroïdine, pourvu, bien entendu, que le cœur et les voies d'élimination soient intacts, et en surveillant avec soin l'usage de médicament. Car la thyroïdine est un agent d'un maniement délicat et qui peut offrir de sérieux dangers. J'ai vu pour ma part des accidents de fausse angine de poitrine très alarmants succéder à son emploi contre l'obésité. C'est d'ailleurs l'avis de l'Académie de médecine, qui vient de nommer une commission chargée d'en réglementer la fabrication et d'en restreindre l'abus.

GYNÉCOLOGIE

Un nouveau traitement des ulcérations du col

par le docteur O. Lambret, chef de clinique

Attacher suffisamment d'importance aux érosions et aux ulcérations du col pour aller jusqu'à vouloir leur appliquer un traitement opératoire spécial paraîtra peut-être, à l'heure actuelle, un peu excessif. Après avoir été considérée pendant longtemps comme une maladie à part ayant une évolution propre, l'ulcération du col, depuis les travaux de Gosselin n'est plus regardée par les gynécologues que comme une dépendance du catarrhe utérin ; aujourd'hui surtout, elle ne constitue plus qu'un symptôme banal et plutôt secondaire des métrites. Ce rôle est probablement trop effacé et l'étude de l'ulcération pourrait encore être approfondie avec fruit. Au reste, la question n'est pas aussi claire et aussi simple qu'on le croit généralement. Ruge et Veit, après examen histologique d'un certain nombre d'érosions du col utérin, constatèrent qu'il existait à leur surface un épithélium cylindrique ; or, on sait que l'épithélium qui recouvre normalement le vagin et le museau de tanche est un épithélium pavimenteux stratifié. L'explication de ce fait étrange est donnée par ces deux auteurs de la façon suivante : d'après eux, il ne s'agit pas d'un épithélium cylindrique véritable, et la couche de cellules longues et irrégulières, qui ressemblent à s'y méprendre à des cellules épithéliales cylindriques, est formée par les couches profondes de l'épithélium pavimenteux ; sous l'influence de l'inflammation, les couches superficielles tombent, laissant à nu les cellules de la couche profonde qui prolifèrent.

D'autres auteurs et Roser principalement, professent une autre doctrine, ils soutiennent qu'il n'y a à proprement parler ni érosions ni ulcérations ; l'aspect rouge et brillant du col est dû à un renversement en dehors de la muqueuse utérine du col ; il y a un véritable ectropion. C'est ainsi que peut s'expliquer la présence d'un épithélium cylindrique de revêtement.

En réalité, aucune de ces deux théories ne peut s'appliquer à tous les faits. Au niveau des cols atteints de déchirures puerpérales mal cicatrisées, on rencontre, en effet, l'ectropion de la muqueuse utérine, mais cette explication ne peut être invoquée pour les érosions des nullipares, surtout lorsque ces érosions sont séparées de l'orifice externe du col par une bande de muqueuse non ulcérée. Enfin, toutes les ulcérations du col ne possèdent pas un revêtement épithélial, il en est qui prennent naissance au niveau de papilles enflammées, hypertrophiées, au sein desquelles l'inflammation est plus intense et est l'origine de la chute de l'épithélium : celles-là sont de véritables plaies.

Les ulcérations du col apparaissent d'ailleurs d'une façon bizarre et capricieuse ; on rencontre en effet des utérus atteints de métrite ancienne avec cols énormes, déformés et durs, labourés de cicatrices, bourrés de kystes folliculaires, et à leur surface il n'existe aucune ulcération. Par contre on voit, à côté, des utérus atteints d'endométrite catarrhale légère et dont

le col est couvert d'ulcères. Il semble que certaines femmes soient prédisposées à l'ulcération du col. Nous signalerons à ce sujet une remarque de Fishel intéressante au point de vue de la pathogénie de l'ulcération. Chez l'enfant en bas-âge, l'épithélium cylindrique s'étend assez loin sur le museau de tanche, cette disposition est tout à fait transitoire, mais, anormalement, elle peut persister ; cette persistance peut expliquer la facilité de l'apparition d'ulcérations ou plutôt de pseudo-ulcérations ; car il est bien évident que cette pathogénie ne peut que concerner celles qui ont un épithélium cylindrique de revêtement.

Contre ces ulcérations des traitements très multiples ont été mis en œuvre ; je n'entreprendrai pas de citer ici la liste longue des caustiques qui ont été préconisés jusqu'à ce jour. Tout le monde connaît leurs résultats plus ou moins défectueux et leurs échecs. En pratique, quand l'endométrite cervicale est légère, les érosions cèdent ordinairement très rapidement à un traitement très simple, quelques applications d'antiseptiques suffisent dès que l'écoulement utérin commence à tarir. Il ne faut donc pas se hâter de cautériser ce qui ne demande qu'à guérir spontanément.

Mais il est d'autres ulcérations plus étendues en surface et en profondeur, d'autres encore bourgeonnantes et saignantes. En leur présence, les uns restent aujourd'hui complètement inactifs ; d'autres, au contraire, continuent à cautériser comme autrefois, mais ils n'emploient plus guère les caustiques d'antan, violents, capables de causer des escharres d'où résulte par la suite du tissu cicatriciel : tels le fer rouge, le chlorure de zinc, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, etc. Ceux qui s'abstiennent d'intervenir contre les ulcérations sérieuses poussent la théorie jusqu'à l'excès, car quand elles sont constituées et parvenues à un tel degré, les ulcérations ne guérissent guère spontanément, même si la métrite s'améliore ; bien plus, elles forment obstacle à la guérison de la métrite. Quant au traitement par les caustiques doux (teinture d'iode, créosote, acide pyrogalleux, acide acétique, etc.) il expose également aux cicatrices du col, il est excessivement long et laisse la porte ouverte aux récidives. Dans les cas invétérés et en désespoir de cause, chez les multipares atteintes d'ulcérations (avec ou sans ectropions) dont le col est très hypertrophié par une métrite ancienne, l'ablation de la muqueuse malade par l'opération de Shrœder est seule capable d'être suivie de guérison. Mais le Shrœder est une opération qu'on ne peut proposer dans les cas moyens, ni chez les nullipares atteintes d'érosions du col et de métrite de moyenne intensité ; or, chez ces nullipares, la métrite a d'autant plus de tendance à passer à l'état chronique que l'évacuation au dehors des mucosités épaisses et glaireuses du col se fait mal ; l'orifice externe est ordinairement assez petit et les mucosités s'en échappent difficilement, elles s'accumulent entre les deux orifices interne et externe et le col se dilate en forme de *barillet*, cette disposition est une cause très importante du passage à l'état chronique de la métrite. Dans ces cas, il faut absolument avoir recours au drainage et à la dilatation de la cavité du col, et on voit ordinairement les symptômes s'amender ; mais il arrive que des ulcérations ne disparaissent pas. Dans deux cas de ma pratique, au lieu de cautériser ces ulcérations, et d'instituer par conséquent un traitement lent, d'un succès douteux, pouvant laisser du tissu de cicatrice, j'ai imaginé alors de pratiquer purement et simplement l'ablation des parties ulcérées, suivie de la réunion des muqueuses ; les deux interventions ont été couronnées d'un succès complet et la réunion s'est faite par première intention. L'idée m'est venue de faire connaître cette manière de faire en parcourant un article de Munde, paru dernièrement *in American Journal of obstetric*.

Cet auteur préconise un traitement à peu près identique, toutefois sa méthode est différente. Munde lui aussi enlève les ulcérations de l'une et l'autre lèvre du col, après les avoir circonscrites par deux incisions convergentes ; quand il a, au bistouri, extirpé la mince couche de tissu malade, il suture les deux lèvres de la plaie au fil d'argent, de telle façon que la ligne des sutures occupe sur le col une situation antéro-postérieure, c'est-à-dire verticale, il en résulte que l'orifice externe du col se trouve considérablement rétréci, si bien que Munde est forcé de laisser à demeure un instrument ou une mèche de gaze, bien plus sa malade est obligée, une fois la réunion obtenue, de revenir pendant un certain temps, tous les quinze jours, faire dilater cet orifice externe, sous peine d'en voir apparaître l'atrésie avec toutes ses conséquences. Cette opération a donné à Munde des résultats magnifiques et amené la guérison radicale des ulcérations, mais elle n'en apparaît pas moins comme dangereuse. Dans les deux cas où je l'ai pratiquée, sans connaître d'ailleurs le procédé de

MUNDE, au lieu de suturer suivant une ligne verticale, j'ai au contraire suturé horizontalement, et j'ai dû même décoller quelque peu la muqueuse vaginale de façon à pouvoir réunir les deux lèvres d'une façon parfaite ; j'ai fait la suture à la soie fine, la réunion s'est faite par première intention ; mais, chose très importante à cause de cette suture horizontale, l'orifice externe du col, au lieu d'être atrésié comme dans le procédé de MUNDE, se trouve élargi, et bâille, et c'est là une circonstance très favorable chez les nullipares ayant un col dilaté en barillet.

Je conclurai en disant que l'opération, telle que la présente MUNDE, destinée par lui spécialement et uniquement aux utérus nullipares, paraît au contraire devoir être plus logiquement et plus utilement appliquée aux utérus multipares, avec cols béants ulcérés et légèrement déchirés, trop peu atteints cependant pour subir le SCHRŒDER, tandis que les sutures transversales telles que je les ai pratiquées conviennent idéalement aux utérus nullipares.

Méningisme au cours d'une fièvre typhoïde

Par le docteur **Verny**, du Portel.

Je suis appelé, le 23 novembre 1898, auprès de Marthe B..., 5 ans 1/2 ; elle présente depuis plusieurs jours un état général mauvais ; la dernière nuit a été agitée, l'appétit a disparu. La température, en effet, dépasse 38°, la face est pâle, le pouls à 120. Rien au cœur, rien au poumon. A l'inspection du ventre rien d'anormal, pas de météorisme, pas de douleur à la pression. Il existe un peu de constipation, de plus la langue est blanche, de sorte que je pense à un embarras gastrique ; je prescris un purgatif.

Le lendemain les mêmes symptômes sont plus accentués. En outre j'apprends que l'enfant a eu une épistaxis. Ce dernier symptôme attira mon attention : dans le quartier, dans la maison voisine en particulier, j'ai soigné de nombreux cas de fièvre typhoïde, ce qui fait que je m'arrête à l'idée d'une dothiénentérie possible. Les jours suivants, mon diagnostic se confirme ; la température monte graduellement pour osciller autour de 39, la langue est plus sale, la diarrhée survenue à la suite du purgatif persiste fréquente ; la rate est grosse, le ventre est douloureux, mais je ne remarque pas de taches rosées lenticulaires. L'aspect de la petite malade est caractéristique ; elle est apathique, somnolente, sans délire pourtant.

Comme médication au début je prescris : 1° des antiseptiques intestinaux, benzonaphtol-salicylate de bismuth ; 2° 0 gr. 25 centig. de quinine tous les deux jours, des boissons abondantes, du lait et du bouillon. Dans le deuxième septenaire, j'emploie l'hydrothérapie froide sous forme de draps mouillés toutes les quatre heures.

Jusqu'au lundi 5 décembre, la marche de la maladie ne présente rien de particulier. Ce soir-là je suis appelé en toute hâte, on me raconte que l'enfant a des accès convulsifs qui se manifestent par des grincements de dents, des grimaces de la face et du renversement de la tête en arrière. A mon arrivée ces différents symptômes ont disparu et je me retire en donnant une potion au bromure et au musc.

Le lendemain matin, 6 décembre, le faciès de ma malade s'est modifié, son regard est anxieux, sa pupille est dilatée, les muscles de la face sont agités par des contractions fébrillaires, les mouvements de la langue sont difficiles. Enfin le bras droit est contracturé, l'avant-bras en flexion sur le bras, la main en flexion sur l'avant-bras. A partir de ce moment la maladie prend le masque presque complet de la méningite ; les divers symptômes apparaissent successivement. La diarrhée fait place à la constipation, le ventre est creusé en bateau, la peau est flasque, les jambes se mettent en flexion, dans la position du chien de fusil. La tache cérébrale n'est pas nette, mais le cri hydrencéphalique ne manque pas. Le pouls reste rapide, la fièvre oscille autour de 39°. Un délire léger accentue le tableau de la méningite. A noter aussi quelques vomissements, mais pas de strabisme.

Tous ces symptômes réunis, les renseignements que je recueille sur l'enfant, ses antécédents héréditaires et personnels, tout me fait penser à une méningite en évolution. Je change alors la médication ; je prescris du calomel à petites doses et de la glace en permanence sur la tête.

Ce tableau clinique dure une quinzaine environ ; la constipation est opiniâtre, et mon pronostic s'assombrit de plus en plus.

Le 24 décembre, la mère me reçoit avec empressement ; elle m'apprend que l'enfant parle plus facilement et qu'elle a appelé les personnes de son entourage. L'aspect est en effet meilleur, tous les symptômes graves persistent néanmoins ; aussi je ne me prononce pas. Un confrère de Boulogne appelé en consultation m'engage à ne pas améliorer trop vite mon pronostic.

Quoi qu'il en soit, huit jours après l'enfant se levait et aujourd'hui, 15 janvier 1899, elle est complètement guérie.

L'observation ci-dessus m'a paru intéressante à relater, parce que, dans la dothiénentérie, cet ensemble d'accidents cérébraux, ce « méningisme », est assez rare, surtout chez l'enfant qui fait la fièvre typhoïde, d'ordinaire plutôt bénigne. Vraisemblablement, il y a eu sur les méninges des localisations typhiques, puisque, souvent, on constate la présence, dans l'encéphale, de nombreux bacilles d'EBERTH.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — MM. LABORDE et JOUBERT ont trouvé un produit qui, par simple expo-

sition à l'air, absorbe l'acide carbonique et restitue de l'oxygène.

Société de Chirurgie. – M. Delbet a obtenu de bons résultats du capitonnage dans le traitement des kystes hydatiques du foie.

— MM. Schwartz, Lejars, etc., reprennent la question de l'appendicite. — De la discussion ne jaillit pas la lumière.

Société de Biologie. — M. Déjerine considère la résection du sympathique cervical dans l'épilepsie comme une opération inutile et dangereuse.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 Janvier 1899

Présidence de M. le docteur Carlier.

Après la lecture du compte rendu de la séance du 13 janvier, la lecture de la correspondance, les communications commencent :

Sur un cas de paraplégie spasmodique chez un enfant de 14 ans

M. Ausset, revenant sur la discussion de ce cas déjà étudié dans la dernière séance, présente deux radiographies de la colonne cervicale de l'enfant : « Ces radiographies, dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bédart, montrent nettement, la première, que les corps vertébraux de la colonne cervicale ont conservé toute leur intégrité ; la seconde, que les cinq premières dorsales, les seules visibles sur la radiographie, sont également intactes : Sur les deux épreuves, on constate une déviation assez prononcée des apophyses épineuses sur le côté droit ; mais en aucun point on ne peut constater de lésions vertébrales. En tout cas, admettons un moment, malgré la radiographie, qu'il y ait une lésion du 3e ou 4e corps vertébral, comment expliquer alors l'évolution d'une telle maladie débutant par les membres supérieurs et envahissant peu à peu les membres pelviens, sans présenter de symptômes douloureux ? Comment expliquer de telles lésions médullaires par un simple effondrement vertébral.

Je suis donc complètement convaincu que nous sommes en présence d'un cas de tubercule solitaire de la moelle ou d'une méningo-myélite syphilitique.

M. Carlier. — J'ai vu par hasard les clichés des deux radiographies présentées par M. Ausset. Ils me paraissent plus décisifs que les épreuves positives. En effet sur l'un d'eux, on constate nettement les lésions rencontrées d'habitude dans le mal de Pott. Tout clinicien, non désireux de différencier des diagnostics parfois très délicats, verrait dans ce cliché négatif une radiographie de mal de Pott. Pour ma part je me demande si l'enfant n'a pas eu de mal de Pott cervical et si les lésions constatées n'en sont pas les conséquences lointaines, ou bien si nous ne serions pas en présence d'une méningite atténuée.

M. Ausset ne peut accepter le diagnostic de méningite et il rappelle à ce propos que la malade n'a jamais souffert, qu'elle ne présente de plus aucun antécédent tuberculeux et qu'en tout cas, ce diagnostic serait insuffisant pour expliquer les symptômes médullaires présentés par l'enfant.

Sur un cas d'association de l'hystérie à la névrite traumatique

M. Moty présente un malade atteint d'extension permanente des doigts de la main droite à la suite d'un traumatisme insignifiant de l'annulaire.

« Le traumatisme, un coup de pied de cheval, porta sur l'annulaire et y provoqua une légère érosion de la peau que le blessé négligea de faire panser. Huit jours après l'accident, la plaie commença à suppurer ; à l'infirmerie régimentaire on incisa la collection purulente, et la plaie guérit assez rapidement. Mais après cicatrisation on constata une contracture du tendon extenseur de l'annulaire, bientôt généralisée aux autres tendons de la main, d'où une extension permanente des doigts de la main. Les troubles névritiques évoluèrent en même temps.

Cet homme présente en outre des symptômes non douteux de nervosisme, aussi après différentes tentatives de traitement à l'hôpital, je l'ai renvoyé en congé, puis aux eaux, sans obtenir du reste aucune amélioration.

Actuellement ce malade, dont la main présente des troubles trophiques légers, surtout dans sa moitié cubitale, est pour moi un type de l'association de l'hystérie à la névrite traumatique. »

M. Charmeil s'informe si on a essayé le traitement de cette contracture hystérique par les courants faradiques : sur la réponse affirmative de M. Moty, il demande si l'extension de la main, permanente à l'état de veille, disparaît sous l'influence du sommeil non naturel, fait que pourraient faire présager les symptômes de névropathie si manifestes chez ce malade.

M. Moty ne peut répondre affirmativement à cette question.

Sur un cas d'hémoptysies tuberculeuses chez un enfant de 8 ans

M. Ausset relate l'observation détaillée d'un enfant mort dans son service à la suite de trois hémoptysies, dont la dernière fut foudroyante.

Cet enfant entre le 5 décembre 1898 dans le service de chirurgie infantile de St-Sauveur, pour une mastoïdite consécutive à une otite suppurée, trois jours après, une première hémoptysie assez abondante, évaluée à 300 gr.

Le 3 décembre, opération ; le 15, deux hémoptysies, l'une dans la journée ; la seconde vers neuf heures du soir.

Le 17 décembre, nouvelle hémoptysie. Mort.

A l'examen détaillé de cette observation, M. Ausset ne découvre comme signes sthétoscopiques, qu'un peu de congestion pulmonaire localisée surtout au sommet gauche (matité, souffle, sous-crépitants) et avec moins d'intensité au sommet droit (submatité, souffle), de sorte que le diagnostic de tuberculose au début put être porté.

L'autopsie de l'enfant, faite vingt-quatre heures après la mort, n'a pas permis de retrouver le vaisseau pulmonaire lésé, tous les organes étaient exsangues, mais en bon état : aucune érosion du tube digestif ; cœur normal ; aux poumons on a seulement constaté une tuberculose très localisée et un peu de congestion des sommets ; de plus il y avait de l'adénopathie bronchique tuberculeuse sans aucune adhérence avec les vaisseaux sanguins voisins. Aussi, malgré le peu de fréquence de l'hémoptysie chez les enfants, et l'insuccès des patientes recherches faites à l'autopsie, on n'arriva pas à déceler le vaisseau lésé, M. Ausset croit-il pouvoir attribuer la mort de son malade à une hémoptysie légère.

M. Carlier fait remarquer à ce propos qu'on observe très peu d'hémorrhagies chez les enfants. Ainsi les tumeurs, soit du rein, soit de la vessie, donnent lieu à des hémorrhagies abondantes et nombreuses chez l'adulte, mais chez l'enfant il est rare d'en constater ; de même dans les cas de calculs vésicaux, de tuberculose des organes urinaires, il n'y a que d'une façon excessivement rare d'hématuries chez l'enfant, alors qu'elles sont très fréquentes au contraire chez l'adulte. Les enfants saignent peu en général, et à ce titre la communication de M. Ausset est intéressante et nous met en présence d'une anomalie peu fréquente.

M. Moty. Les enfants saignent pourtant facilement et fréquemment du nez.

M. Carlier. Les épistaxis ne se présentent guère d'habitude avant l'âge de douze ans environ, et comme le font remarquer MM. Charmeil et Ausset, ces accidents surviennent surtout aux écoliers atteints de rhinite.

M. Carlier donne alors la parole à **M. Charmeil** pour la lecture du rapport sur la candidature de M. Carrière, qui est élu membre titulaire résident de la Société Centrale de médecine du Nord, à l'unanimité.

M. Dumont, trésorier, présente ensuite son rapport sur la situation financière de la Société en 1898.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Les tumeurs mixtes de la parotide, par MM. Curtis et Phocas (*Archiv. provinciales de Médecine*, 1er janv. 1899).

MM. Curtis et Phocas viennent de publier, dans les *Archives provinciales de Médecine*, un important mémoire sur la question des tumeurs mixtes de la parotide. La question a été surtout traitée au point de vue histologique par M. le Professeur Curtis, mais le problème de l'histogénèse des tumeurs mixtes parotidiennes n'est pas dépourvu d'intérêt pratique. Si en effet ces néoplasmes sont d'origine épithéliale et glandulaire, on comprend difficilement leur évolution lente et leurs dispositions anatomiques qui les rendent énucléables ; si au contraire elles sont d'origine conjonctive, et, pour ainsi dire, paraglandulaire, si elles se développent dans la trame conjonctive de l'organe, refoulant celui-ci en tous sens, on conçoit alors qu'elles puissent s'accroître avec lenteur, en restant presque toujours opérables.

Parmi les auteurs français, presque tous s'étaient jusqu'ici prononcés pour la nature épithéliale de ces néoplasmes, ce qui établissait une sorte de paradoxe entre leur nature histologique et leur bénignité ordinaire

M. le professeur Berger, dans un récent mémoire, ainsi que M. Delbet, dans son nouveau *Traité de Chirurgie*, se prononcent d'une manière catégorique ; ils déclarent ces tumeurs mixtes épithéliales et estiment que la question est définitivement tranchée. C'est contre cet absolutisme de certains auteurs qu'a voulu réagir M. le professeur Curtis. Il a cherché surtout à démontrer que cette conception qui tend à s'établir comme classique parmi nous, n'est rien moins que démontrée. Par une critique très serrée de tous les travaux français parus à ce sujet, il établit d'une manière évidente qu'aucun histologiste n'a jamais apporté la preuve de la nature épithéliale des tumeurs mixtes de la parotide. Ni Planteau, ni Malassez, ni Berger, n'ont introduit un argument décisif dans la discussion, qui reste absolument ouverte.

Enfin, par l'examen histologique minutieux d'un cas nouveau, M. Curtis arrive à cette conclusion que les tumeurs mixtes de la parotide sont des sarcômes, opinion déjà soutenue par Volkmann. Le cas observé et décrit par M Curtis résume d'une manière très claire les divers aspects que peuvent présenter ces néoplasmes. Par d'excellentes descriptions histologiques, accompagnées de figures, le lecteur peut se convaincre des relations qui existent entre les aspects changeants et parfois disparates que l'on rencontre dans les diverses régions d'une même tumeur. Par l'examen de certains points, enfin, M Curtis démontre d'une manière évidente que les productions cellulaires qui remplissent le néoplasme proviennent non de la glande, mais de sa trame conjonctive, et prennent naissance plus particulièrement dans les radicules du système lymphatique. L'auteur a pu même établir la continuité directe des bourgeons néoplasiques et des vaisseaux lymphatiques.

Ainsi donc, d'après M. le Professeur Curtis, les tumeurs mixtes de la parotide sont le plus souvent des endothéliomes, et méritent plus particulièrement le nom de lymphadothéliomes radiculaires. Cette conception explique seule les détails de leur structure et les particularités de leur évolution clinique. Dr F. C.

***

Causes et traitements des vomissements des nourrissons, par G. Variot (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 22 décembre 1898, 5 janvier 1899).

Chez le nourrisson sain, après une tétée abondante, on voit souvent l'estomac rejeter, sans aucun effort extérieur, quelques gorgées de lait. C'est la regurgitation simple.

Lorsque l'estomac a été très distendu, le diaphragme et les muscles abdominaux entrent en jeu pour rejeter le lait au dehors. Il y a alors vomissement. Ce vomissement peut être amené par d'autres causes que la surdistension de l'estomac : cris violents, secousses de toux...

Chez les nourrissons allaités au sein, les vomissements sont rares, l'enfant recevant l'aliment qui lui convient le mieux, ne buvant pas trop vite et s'arrêtant quand il est repu, à cause de la lenteur de l'écoulement du lait à la fin de la tétée.

Les vomissements ne surviennent guère alors, que chez des nourrissons vigoureux et gloutons ou lorsque la sécrétion lactée est d'une abondance exagérée. Dans ces cas, il faut veiller à ce que les tétées soient régulières et espacées de trois heures au moins, que l'enfant ne prenne qu'un sein et que la tétée ne dure pas plus de dix minutes. On voit alors souvent les vomissements disparaître, et les enfants, jusque-là restés stationnaires, augmenter rapidement de poids.

Il faut s'assurer, également, que l'enfant ne reçoit aucune autre nourriture (bouillies, panades, etc...).

Les maladies des nourrices, les émotions morales vives, l'absorption de certains médicaments peuvent aussi déterminer chez le nourrisson des vomissements et de la diarrhée, passagèrement, d'ailleurs.

C'est en recherchant avec soin ces causes qu'on arrivera à faire cesser les vomissements, car les enfants qui ne peuvent digérer le lait maternel sont excessivement rares.

Chez les enfants nourris au biberon, deux facteurs interviennent dans la provocation du vomissement : *la quantité* du lait ingéré à chaque repas ; *la qualité* du lait.

Bien souvent, la quantité du lait n'est pas rigoureusement mesurée, ou bien encore elle est excessive et hors de proportion avec la capacité stomacale. Il suffit alors de diminuer la quantité du liquide ingéré et d'espacer convenablement les tétées pour amener une diminution, puis la cessation complète des vomissements. Il faut être prévenu, cependant, que l'intolérance stomacale peut durer plusieurs semaines.

Les altérations du lait produisent aussi fréquemment les vomissements. La stérilisation domestique est hérissée de difficultés pratiques et, le plus souvent, est mal faite, les biberons sont sales et les vomissements souvent associés à la diarrhée en sont la conséquence.

Dans ces cas, qui sont dus à de véritables intoxications, c'est la diète hydrique qui donne les meilleurs résultats.

Il faut également tenir très grand compte des vomissements déterminés par certains médicaments auxquels l'estomac de l'enfant est extrêmement sensible : calomel, liqueur de Van Swieten, naphtol, bétol, etc...

Pour combattre la diarrhée chez les enfants, Variot conseille la potion suivante :

Eau distillée.....	60 grammes.
Acide lactique ...	2 grammes.
Tannin à l'alcool.	50 centigr. à 1 gr. suivant l'âge.
Sirop simple	30 gr.

Une cuillerée à café avant chaque tétée.

Il y a lieu, également, de rechercher si le lait absorbé par l'enfant n'a pas été bouilli dans une casserole de cuivre, les composés cupriques déterminant facilement les vomissements; il faut également s'enquérir et savoir si l'enfant n'a pas avalé de corps étrangers.

Enfin, les vomissements peuvent se produire sous l'influence de la dentition et leur ténacité peut faire croire à une méningite. L'étude de l'état général et la température permettent de faire, le plus souvent, le diagnostic ; mais, dans nombre de cas, le médecin sera obligé de rester sur la réserve.

Quant aux vomissements de l'invagination intestinale et de l'étranglement herniaire, leurs caractères spéciaux (douleur et odeur fécaloïdes) mettront sur la voie du diagnostic qui sera complété par une exploration complète et attentive de l'abdomen.

En résumé, les causes des vomissements des nourrissons sont variées ; mais les plus fréquentes sont : la suralimentation et la mauvaise qualité du lait.

Le remède sera donc l'emploi du lait stérilisé de bonne qualité, en graduant et en espaçant les tétées. Les alcalins, surtout l'eau de Vichy donnée par cuillerée avant chaque tétée, constituent un excellent adjuvant au régime alimentaire. Dr M. O.

RENSEIGNEMENTS OFFICIELS
SUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE

Epizooties. — Tuberculose. — Exécution de l'article 36 du Code rural. — Instructions ministérielles

La loi du 21 juin 1898 sur le Code rural établit en son article 36 que :

« Dans les cas de morve et de farcin, de tuberculose dûment » constatés, les animaux doivent être abattus sur ordre du maire.

» Quand il y a contestation sur la nature de la maladie entre » le vétérinaire sanitaire et le vétérinaire que le propriétaire » aurait fait appeler, le Préfet désigne un troisième vétérinaire, » conformément au rapport duquel il est statué ».

D'autre part, il résulte de l'article 52 du Code rural et de l'article 81 de la loi de finances du 13 avril 1898, qu'au cas où l'autopsie de l'animal abattu par ordre démontrerait que cet animal n'était pas atteint de tuberculose, le propriétaire aurait droit à une indemnité égale à la totalité de la valeur de l'animal abattu diminuée du produit de la vente de la viande.

En attendant le règlement d'administration publique qui doit intervenir pour l'exécution du Code rural, dès que toutes ses dispositions auront été votées par le Parlement, il a paru qu'il y avait lieu de fixer dès à présent les conditions dans lesquelles devront être effectués les abatages d'animaux prescrits par l'article 36.

Cet article assimile complètement la tuberculose à la morve et au farcin et n'établit aucune différence entre ces maladies quant à la procédure à suivre en matière d'abatage. Il s'en suit que pour la tuberculose comme pour la morve, l'abatage ne devra être prescrit que dans le cas seulement où la maladie sera dûment constatée, c'est-à-dire quand elle s'accusera par des symptômes, par des signes cliniques résultant sans aucun doute de lésions organiques de nature tuberculeuse.

Quant aux bovidés qui auront réagi à la tuberculine sans présenter de signe clinique de la maladie, ils ne pourront en aucun cas faire l'objet d'abatage.

Le diagnostic de la tuberculose est difficile à établir, même à une période avancée de la maladie. Avant de demander l'abatage d'un animal suspect, le vétérinaire sanitaire devra donc s'assurer par tous les moyens dont il peut disposer que cet animal est réellement tuberculeux.

Dans la grande majorité des cas, l'injection de tuberculine lui permettra d'attribuer aux signes cliniques la signification qui leur appartient. Si dans ces conditions l'animal suspect réagit nettement à la tuberculine, il peut affirmer l'existence de la tuberculose.

Mais il arrive parfois que certains animaux tuberculeux ne donnent à l'épreuve de la tuberculine qu'une réaction douteuse, ébauchée en quelque sorte, ne permettant pas une conclusion ferme. Ce sont le plus souvent des animaux gravement tuberculeux arrivés à la dernière période de la maladie, phtisiques au sens propre du terme; alors les symptômes de la maladie sont manifestes et le diagnostic peut être établi sans recourir à la tuberculine.

C'est dans ce cas surtout que le propriétaire et son vétérinaire pourront contester la nature de la maladie et s'opposer à l'abatage en se basant sur ce que l'animal n'aura pas réagi à la tuberculine. Les préfets doivent alors, conformément aux dispositions du deuxième paragraphe de l'article 36, faire trancher le différend par un troisième vétérinaire, qui paraît, dans la circonstance, devoir être le vétérinaire délégué, chef du service sanitaire du département.

On évitera ainsi toute chance d'erreur du diagnostic et l'on sauvegardera tout à la fois les intérêts du propriétaire et ceux du Trésor public.

Néanmoins, il faut prévoir le cas où cette erreur en se produisant donnerait lieu à l'application du troisième paragraphe de l'article 81 de la loi de finances du 13 avril 1898.

A cet effet, l'exécution de l'ordre d'abatage devra être précédée de l'évaluation de l'animal faite par le vétérinaire sanitaire et un expert désigné par la partie ; à défaut d'expert, le vétérinaire sanitaire opérera seul.

Il sera dressé un procès-verbal de l'expertise et le maire ainsi que le juge de paix le contresigneront en donnant leur avis.

Dans le cas où l'autopsie démontrerait que l'animal abattu n'était pas atteint de tuberculose, le procès-verbal d'expertise devra être adressé dans un délai de trois mois au ministère de l'agriculture qui effectuera le règlement des indemnités.

Ce procès-verbal sera accompagné des pièces suivantes :

1° La demande d'indemnité formée par le propriétaire ;

2° Une copie certifiée conforme par le maire de l'ordre d'abatage ;

3° Un certificat constatant que l'ordre d'abatage a reçu son exécution ;

4° Une déclaration du propriétaire faisant connaître pour chaque tête de bétail abattu, le produit de la vente des animaux ou de leurs chairs et débris; cette pièce doit être certifiée par le maire ou le vétérinaire inspecteur de l'abattoir dans lequel l'animal a été sacrifié.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Sur le **tableau d'avancement** du corps de santé militaire pour 1899, nous relevons avec satisfaction le nom de notre sympathique collaborateur le docteur Moty, proposé et classé pour le grade de médecin principal de 1re classe. Nous lui adressons nos bien sincères félicitations.

— Le cinquième **Congrès français de médecine** s'ouvrira à Lille, le vendredi 28 janvier 1899, sous la présidence de M. le professeur Grasset, de Montpellier.

Les trois questions suivantes sont à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Des myocardites ;*
2° *Des adénies et leucémies ;*
3° *L'accoutumance aux médicaments.*

Ont bien voulu accepter de faire des Rapports :

Sur la 1re question, MM. Huchard, de Paris, et Renaut, de Lyon.

Sur la 2e question, MM. Denis, de Louvain, et Sabrazès, de Bordeaux.

Sur la 3e question, MM. Simon, de Nancy, et Heymans, de Gand.

Ces rapports seront imprimés et distribués, un mois environ avant l'ouverture du Congrès, à tous les membres adhérents.

Tous les membres du Congrès sont, en outre, libres de faire des communications sur un point quelconque des sciences médicales.

Toute demande de renseignements peut être dès à pré-

sent adressée au Secrétaire-général du Congrès, 128, boulevard de la Liberté, Lille.

NOMINATIONS

Ont été nommés dans la **Légion d'honneur** : *chevaliers*, MM. les docteurs HENRIOT, de l'Académie de médecine; GOLDSCHMIDT, de Madère ; FSCHERNING, de Paris, ces deux derniers à titre étrangers ; Mme QUINHUT, en religion sœur MARIE, supérieure des sœurs de l'hôpital maritime de Cherbourg.

HOPITAUX DE PROVINCE

Bordeaux. — M. HOBBS est nommé professeur-adjoint des hôpitaux.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs VAUCLIN, de Chalange ; JOSEPHSON, de Paris ; DESLAU, de Champigneulles (Yonne) ; HUMBERT, de Paris ; GUILLEVIC, de Boissey-le-Châtel (Eure) ; LAZARE SÉE, de Paris

BIBLIOGRAPHIE

Les Glycosuries non diabétiques, par le Dr ROQUE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon. Un vol. in-16 carré de 100 pages, à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Le diabète sucré constitue une entité clinique qui comporte des symptômes multiples : glycosurie, polyurie, polydipsie, polyphagie ; une évolution spéciale aboutissant fatalement à la déchéance organique au bout d'un temps plus ou moins long et des complications bien définies. On connaissait le diabète avant de connaître la glycosurie, et on a étudié récemment une série de diabètes sans glycosurie.

A côté des glycosuries passagères provoquées par un état morbide aigu, il y a des glycosuries durables qui ne doivent pas être confondues avec le diabète.

Toutes ces glycosuries durables ont un caractère commun qui a servi à les classer. Elles ne sont pas spontanées, elles sont secondaires et symptomatiques.

Le but de M. ROQUE a été de montrer qu'à côté du diabète sucré il y a les glycosuries, aussi distinctes de celui-ci que la polyurie simple peut l'être du diabète insipide ; il a voulu séparer et individualiser les glycosuries qui ont pu, à un examen superficiel, prendre le *masque diabétique*.

C'est en recherchant les facteurs étiologiques qui commandent la glycosurie, que M. ROQUE a été amené à distinguer les quatre variétés suivantes, qu'il étudie successivement : 1° Glycosurie intermittente des arthritiques (*glycosurie des jeunes sujets, glycosurie goutteuse de l'adulte, glycosurie des obèses, glycosurie azoturique*) ; 2° Glycosuries digestives (par *alimentation sucrée*, par *troubles digestifs*) ; 3° Glycosuries nerveuses (*dans les affections cérébrales, médullaires, dans les névroses et psychoses*) ; 4° Glycosuries puerpérales.

Après quelques pages sur le diagnostic et le pronostic, l'auteur consacre toute la fin de son travail au traitement dont est justiciable chaque variété de glycosurie.

Enfin, une bibliographie très complète termine cette *Actualité médicale*.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

3e SEMAINE DU 15 AU 21 JANVIER 1899

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	12	6
1 an à 2 ans	4	1
2 à 5 ans	3	2
5 à 10 ans	2	3
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	5	7
40 à 60 ans	5	8
60 à 80 ans	8	7
80 ans et au-dessus	1	3
Total	46	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	3	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	3	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	10	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	1	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	7	16	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	2	2	3	»	»	4	»	»	»	»	»	3	17	36
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	4	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	9	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	3	»	»	6	1	»	1	»	»	2	18	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	1
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	4	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	5	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Total	»	1	»	1	»	3	»	8	19	6	10	»	»	16	1	1	1	3	»	20	90	131

N° 108. Troisième Année, N° 6. Le Numéro : **10** centimes. 5 Février 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Les infections bronchiques aiguës

par le docteur **G. Carrière,**
Professeur agrégé des Facultés de Médecine
Chef du Laboratoire des Cliniques à la Faculté de Lille.

Leçon d'ouverture des conférences de Pathologie interne

MESSIEURS,

Les voies respiratoires au-dessous du larynx et jusqu'aux alvéoles pulmonaires peuvent se diviser en quatre départements bien distincts. Le premier va de la glotte à l'entrée des bronches dans le poumon ; c'est la partie trachéo-bronchique. Le second va de l'entrée des bronches dans le poumon, jusqu'à l'engagement des bronches de subdivision dans les interlignes des lobules composés : ce sont les bronches de distribution. Le troisième est compris entre les lobules composés : ce sont les bronches interalvéolaires ; quant au quatrième, ce sont les bronchioles, bronchioles intralobulaires et bronchioles terminales qui le constituent.

Tous ces canaux, tous ces tubes, sont tapissés par une muqueuse qui se continue directement avec la muqueuse laryngée d'une part, avec l'épithélium alvéolaire d'autre part.

C'est à l'inflammation de cette muqueuse que l'on donne le nom de bronchite. Ce terme de bronchite, du reste, s'applique à l'inflammation de la muqueuse de l'un quelconque des départements que nous venons de décrire, le quatrième excepté : car, dans ce cas, les phénomènes inflammatoires revêtent un caractère particulier : c'est la bronchite capillaire.

L'inflammation des bronches, Messieurs, est le type de ce que nos pères appelaient autrefois le catarrhe. Inflammation, catarrhe, étaient pour eux la conséquence d'une perturbation fonctionnelle de l'organisme.

« Normalement, disaient-ils, il existe dans l'orga-
» nisme un certain degré d'humidité que le cerveau
» attire puis rejette au dehors par l'intermédiaire
» des glandes. Si l'humidité est trop considérable, la
» maladie apparaît : elle frappe le cerveau, si celui-ci
» la retient toute, s'il la renvoie aux glandes, c'est
» le catarrhe qui apparaît. »

Cette théorie surannée a vécu. Elle a succombé sous les efforts de VAN HELMONT, de SCHNEIDER et de BROUSSAIS.

Aujourd'hui l'inflammation est considérée comme le résultat de l'action sur un tissu, sur un organe d'un agent mécanique ou toxique : voilà ce que nous apprend la clinique ; — elle est aussi et surtout la

résultante de l'action des microbes — voilà ce que nous apprend l'Ecole bactériologique.

Toute l'étiologie des bronchites tient, Messieurs, dans cette définition même et nous distinguerons : 1° des bronchites infectieuses ; 2° des bronchites toxiques ; 3° des bronchites mécaniques.

Mais avant d'entrer de plain-pied dans l'étude des causes des infections bronchiques aiguës, qu'il me soit permis de vous dire quels sont les travaux qui ont contribué à l'édification des connaissances que nous possédons actuellement sur ce sujet.

Connues dès la plus haute antiquité, les bronchites furent décrites pour la première fois par Badham, en 1814. Pinel, Bichat, Broussais en donnèrent des descriptions forcément incomplètes : il y manquait l'auscultation.

En découvrant cette méthode d'investigation clinique, Laennec put compléter les recherches de ses prédécesseurs et il donna, de la bronchite aiguë, une description restée classique.

La thèse d'agrégation de Hayem, en 1869, résume et fixe l'état des connaissances que l'on possédait à cette date, sur ce sujet.

Depuis cette époque l'histoire des bronchites est entrée dans une voie nouvelle, la voie bactériologique, mais à part les leçons de G. Sée et de Ferrand, à part les travaux de Marfan, on ne trouve que des matériaux épars dans la littérature médicale : ce sont ces matériaux que j'ai réunis et qui vont me servir pour édifier cette leçon.

Il y a un instant à peine, Messieurs, je vous ai dit que les causes des bronchites comprenaient : 1° les infections ; 2° les poisons ; 3° les traumatismes, les agents mécaniques.

Passons en revue, si vous le voulez bien, ces différents ordres de causes.

I. — L'infection est la source principale des bronchites aiguës.

Normalement, en effet, les voies respiratoires renferment des microbes. Von Besser, en 1889, dans le *Journal de Ziegler*, rapporte le résultat de ses investigations chez des sujets morts sans affections des voies respiratoires. Toujours, il a trouvé des bactéries dans le mucus bronchique. Il a décrit de nombreuses espèces microbiennes différentes, parmi lesquelles le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque occupent le premier rang.

Claisse, dans sa thèse de doctorat, aboutit aux mêmes conclusions ; mais, affirme-t-il, les micro-organismes du mucus bronchique normal sont moins nombreux que ne le veut von Besser. Ils deviennent de moins en moins nombreux à mesure que l'on descend dans les fines ramifications de l'arbre bronchique, et il se passe ici ce qui se passe dans l'expérience du long tube effilé de Pasteur : si vous faites passer un courant d'air chargé de microbes dans un long tube effilé, vous constaterez que le nombre des micro-organismes déposés sur la paroi du tube est considérable à l'entrée, infinitésimal à la sortie.

Pansini, en 1895, isole du mucus bronchique normal 21 espèces microbiennes distinctes.

Klipstein, enfin, en 1898, prétend que la flore microbienne est moins abondante que ne l'ont dit ses prédécesseurs : les voies respiratoires inférieures ne renfermeraient pas de microbes, en revanche on en trouve de nombreux dans les grosses bronches et la trachée.

La conclusion de ces recherches est la suivante : *à l'état normal on trouve, dans la trachée et les bronches, des espèces microbiennes variées, dont le nombre va en diminuant au fur et à mesure que l'on approche de l'alvéole; parmi ces espèces, certaines sont pathogènes, d'autres peuvent le devenir.*

S'il en est ainsi, me direz-vous, tout le monde devrait avoir des bronchites ! — Non, Messieurs, tout le monde n'a point des bronchites, car l'organisme ne se laisse point facilement envahir par ses hôtes dangereux ; il a ses moyens de défense.

Nous touchons, ici, à une des plus graves questions de la pathologie générale, traitée récemment par M. Charrin, dans son cours du Collège de France.

Pour se défendre contre l'invasion microbienne, la muqueuse bronchique possède : 1° des cils vibratiles destinés à repousser, à expulser, à rejeter au dehors l'envahisseur menaçant ; 2° Une sécrétion bactéricide qui l'englue et le tue ; 3° Des réactions phagocytaires.

Vous savez, Messieurs, que certains éléments cellulaires, désignés, par les Allemands, sous le nom de Staubzellen, s'occupent spécialement d'appréhender au corps les microbes envahisseurs, de les digérer autant que possible et de les rejeter morts à l'extérieur.

Peu nous importe que ces éléments cellulaires proviennent des cellules épithéliales, comme le veulent Virchow, Knauff, Ruppert et Fleiner ; des leucocytes comme le veulent Metchnikoff, Slaviansky et Tchistowitch ; qu'ils proviennent enfin des deux

origines comme le veulent SCHÖTTELIUS, ARNOLD et FLECK ; leur but est le même : arrêter l'invasion microbienne.

4° La muqueuse normale semble imperméable aux microbes comme l'ont démontré FLUGGE et MORSE. MUSTKATBLUTH, BÜCHNER, FLETH ont, il est vrai, combattu leurs conclusions, mais, à leur tour, ont-ils vu cette invasion sur des épithéliums absolument sains ? c'est ce qui ne ressort pas assez nettement de leurs travaux.

Telles sont, Messieurs, les défenses que possède la muqueuse bronchique contre l'invasion microbienne. Une seule de ces défenses vient-elle à faiblir, le nombre des envahisseurs devient-il trop considérable, leur virulence est-elle exagérée : l'organisme est vaincu, il y a maladie.

Voici donc un premier mode d'infection bronchique : c'est l'infection sur place. Il peut y avoir aussi infection exogène. Ici l'armée microbienne arrive de l'extérieur, du larynx, du naso-pharynx, entraînée par l'air lui-même ou par la sécrétion muqueuse : « le rhume de cerveau tombe sur la poitrine » comme le dit le vulgaire. Les envahisseurs nouveaux, venus du dehors, parfois en grand nombre, avec une virulence quelquefois redoutable, triomphent de nos leucocytes et ici encore la bronchite est constituée.

Enfin l'infection peut être endogène. Nos ennemis, en ce cas, sont apportés non plus par l'air, mais par le sang qui irrigue la muqueuse bronchique ; ils la lèsent, et voilà encore la bronchite constituée.

En pratique, Messieurs, il est bien difficile de faire la part des choses et de savoir si l'infection s'est faite sur place, si elle est venue du dehors ou du dedans et il n'y a pas lieu, en conséquence, de maintenir la classification de MARFAN en infections bronchiques exogènes, infections bronchiques endogènes. Je prends comme exemple les bronchites de la syphilis secondaire que MARFAN plaçait dans le cadre des bronchites endogènes ; est-elle bien d'origine endogène ? Oui, si elle est due au bacille spécifique de la syphilis ; non, si, comme il est probable, cette bronchite est due à une infection secondaire. Il en est de même pour la bronchite malarienne : tant qu'on ne sera pas fixé sur la nature de ces bronchites on ne pourra rien présumer de leur origine.

MARFAN établissait encore une autre distinction entre les infections bronchiques. Il y en a, disait-il, de spécifiques dues à des agents spécifiques déterminés ; il y en a de non spécifiques dues à des microbes variés.

On ne peut guère admettre cette classification. A part les bronchites tuberculeuses, charbonneuses, dont la nature spécifique est prouvée, toutes les autres sont de nature encore indéterminée. Les bronchites de la grippe, de la fièvre typhoïde, par exemple, ne sont qu'exceptionnellement dues au bacille de PFEIFFER ou à celui d'EBERTH ; habituellement elles résultent d'infections secondaires nullement spécifiques. Cette seconde classification n'est donc pas, jusqu'à nouvel ordre, plus justifiée que la première.

En résumé, *les bronchites infectieuses ne sauraient, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à ce que des recherches suivies en aient fixé la nature exacte, se subdiviser en classes secondaires.*

Ceci nous mène à parler de la bactériologie générale des bronchites aiguës.

Parmi les microbes le plus souvent en cause dans la production des bronchites, c'est assurément le pneumocoque de TALAMON-FRANKEL qui tient la première place.

MARFAN l'a trouvé dans l'expectoration de tous les sujets atteints de bronchites qu'il a examinés. Ceci est aisé à comprendre puisque le pneumocoque est l'hôte le plus habituel des cavités bronchiques.

Immédiatement après lui, comme fréquence, vient le streptocoque. C'est surtout dans les bronchites de l'enfance que HUTINEL et CLAISSE l'ont rencontré. COMBY, il est vrai, ne partage pas leur opinion et croit que le pneumocoque est aussi souvent en cause.

Le pneumobacille de FRIEDLANDER a été trouvé par CLAISSE dans 7 cas, par SILVESTRINI dans 3 cas. TRIPOT, dans sa thèse, y a consacré une étude fort complète.

Le colibacille serait la cause de certaines bronchites des enfants en bas âge et atteints d'affections gastro-intestinales : c'est ce qui ressort des recherches de SEVESTRE et LESAGE.

On a trouvé enfin une foule d'autres espèces microbiennes ; je vous citerais seulement les espèces chromogènes rencontrées dans certains cas par FRICK, par COMBEMALE et FRANÇOIS.

Voilà, Messieurs, où nous en sommes bactériologiquement. Ces recherches, il ne faut pas se le dissimuler, sont bien loin d'être closes et celui qui les reprendrait sérieusement, d'une façon suivie, éclairerait sans doute bien des problèmes, obscurs encore, de l'histoire des bronchites aiguës.

Enumérons maintenant les infections bronchiques aiguës.

Dans la grippe, la bronchite aiguë est la règle, surtout dans certaines épidémies, et COMBY, en 1893, a trouvé 27 fois la bronchite sur 27 cas de grippe. Cette bronchite a des caractères particuliers dont nous nous occuperons dans la prochaine leçon. Elle est due soit au bacille de PFEIFFER qui fourmille dans les crachats, soit à des associations streptococcique, pneumococcique ou staphylococcique.

Dans la dothiénentérie, la bronchite est aussi très fréquente. CHANTEMESSE et WIDAL, POLGUÈRE ont trouvé dans 2 cas, le bacille d'EBERTH, mais il faut faire à ce sujet quelques restrictions et se demander si ces auteurs n'ont pas confondu ce microbe avec le coli-bacille. Dans l'immense majorité des cas, les bronchites de la fièvre typhoïde sont dues à des pneumocoques, au streptocoque ou au staphylocoque.

Dans la rougeole la bronchite est aussi très fréquente. PIELICKE et CANON y ont trouvé leur micro-organisme, mais, le plus souvent, il s'agit de microbes banaux.

Les bronchites aiguës non spécifiques de la diphtérie ne nous sont pas connues au point de vue bactériologique.

Dans un cas de bronchite érysipélateuse, SCHLUMBERGER a trouvé le streptocoque de FEHLEISEN.

Dans le charbon bactéridien la bronchite est fréquente. LODGE père et LODGE fils ont affirmé que l'inoculation se ferait très souvent par les bronches.

Bien souvent, chez les tuberculeux, vous verrez apparaître des bronchites non spécifiques. Le phtisique est un terrain tout préparé pour la pullulation microbienne, ses moyens de défense sont affaiblis, l'infection se produit. La bactériologie nous apprend qu'en ce cas c'est le streptocoque, le pneumocoque, le staphylocoque, le tétragène qui sont le plus souvent en cause.

Le muguet envahit quelquefois brusquement les bronches : NOEL, GUÉNEAU DE MUSSY, PARROT, GUBLER en ont rapporté des exemples.

Les bronchites aiguës de la coqueluche sont fréquentes ; on y a retrouvé tous les micro-organismes considérés comme spécifiques de cette affection (protozoaires, bacilles) ; il est vraisemblable qu'il s'agit, en ce cas, d'infections secondaires.

Dans les affections pulmonaires, la bronchite est un élément surajouté presque de règle. On la note dans les congestions actives, la pneumonie, la pleurésie.

Les bronchites aiguës de l'impaludisme sont encore bien mal connues et, si l'on ne discute plus sur leur réalité, leur pathogénie est des plus obscures.

La morve s'accompagne fort souvent de bronchite.

Combien de fois, Messieurs, entendez-vous vos syphilitiques vous dire : « C'est curieux comme je m'enrhume facilement depuis que je suis malade ! » Cette constatation est fort juste. Le syphilitique est sujet aux bronchites, que ces bronchites soient dues à l'iodurisme, au microbe spécifique ou à des infections secondaires : questions irrésolues.

Le typhus s'accompagne quelquefois de bronchites aiguës. CANALI a rapporté une observation de bronchite due à l'actinomycose ; seul le début de la maladie fut aigu, la marche en fut chronique.

Dans les infections descendantes du pharynx, du larynx et du naso-pharynx, c'est le pneumocoque et le streptocoque qui sont le plus souvent en cause. Enfin dans les états cachectiques, adynamiques, chez les mourants, la bronchite est fréquente.

Dans tous ces cas, Messieurs, la pathogénie est identique : *la maladie infectieuse, la cachexie prépare le terrain, affaiblit ou annihile les défenses de l'organisme, l'infection bronchique peut se réaliser.*

II. — A côté de ces bronchites infectieuses il en est d'autres où la bronchite semble due à l'action des poisons sur la muqueuse des bronches. Ces poisons sont exogènes, c'est-à-dire introduits dans l'organisme, ou autochtones, fabriqués par l'organisme lui-même.

La première classe comprend les bronchites iodiques, bromiques ou cantharidiques. Combien de fois, Messieurs, serez-vous obligé de suspendre un traitement ioduré ou bromuré à cause de la bronchite intense qu'il produit ?

Quant à la cantharidine elle détermine de violentes poussées bronchiques et c'est de cet alcaloïde que se sont servis CORNIL et RANVIER pour reproduire expérimentalement la bronchite chez l'animal.

L'alcool qui s'élimine en partie par les bronches et le poumon peut aussi déterminer des bronchites aiguës : l'alcoolique s'enrhume en sortant du café.

WACHHOLZ enfin a signalé des bronchites dans l'empoisonnement par l'acide carbonique.

Les bronchites dues à des auto-intoxications sont tout aussi fréquentes. Vous les trouverez dans l'urémie rénale, l'insuffisance hépatique, chez les arthritiques,

les diabétiques et les goutteux. Bence Jones, dans ce dernier cas, a souvent trouvé la muqueuse bronchique incrustée de sels d'urate de soude. Vous les trouverez aussi chez les dilatés de l'estomac (Bouchard et Legendre).

Quelle est la nature intime de ces bronchites toxiques ? Deux théories sont ici en présence. L'une fait de la bronchite le résultat de l'action irritative des poisons sur les glandes bronchiques par lesquelles ils s'éliminent en partie. L'autre fait des bronchites toxiques une dépendance des bronchites infectieuses : le poison diminue la résistance des parois bronchiques en altérant le fonctionnement épithélial, glandulaire, et les réactions phagocytaires : l'infection se produit.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer entre ces deux théories. Il serait nécessaire, pour résoudre le problème, d'instituer des recherches suivies pour faire la part de ce qui revient au poison et à l'infection.

III. — La troisième catégorie de notre classification comprend les bronchites mécaniques ou traumatiques. Les traumatismes susceptibles d'adultérer la muqueuse bronchique peuvent être endogènes ou exogènes.

Les traumatismes exogènes ? ce sont les poussières, les vapeurs irritantes. Les sujets que leur profession expose à respirer une atmosphère chargée de poussières animales, végétales, minérales ou métalliques sont sujets à la bronchite.

Ceux qui respirent des gaz irritants, comme les vidangeurs, ceux qui travaillent au milieu des vapeurs d'ammoniaque, de chlore, de brome, d'iode, d'acide picrique, d'acide nitrique, d'acide chlorhydrique, acétique, de gaz sulfureux, d'acide hypoazotique, le sont aussi.

Reynault et Sarlet, dans ces derniers temps, ont décrit une bronchite spéciale chez les ouvriers qui travaillent la mélinite.

Poussières, gaz irritants ou délétères agissent vraisemblablement en lésant directement la muqueuse, en paralysant nos moyens de défense, en favorisant l'infection.

Les bronchites aiguës par traumatismes endogènes sont celles qui succèdent aux lésions cardio-vasculaires. Je ne parle pas ici de ces bronchites dues à la stase sanguine du cœur droit : ce sont là des bronchites torpides et non aiguës ; je parle des bronchites aiguës, actives, telles qu'on les observe dans l'insuffisance aortique ou dans les angio-névroses.

Ces bronchites ont une pathogénie bien obscure. Il semble que dans ces cas il n'y pas à proprement parler bronchite, car il n'y a pas inflammation de la muqueuse, il y a simplement flux séreux, sécrétion glandulaire exagérée.

Bronchites infectieuses, bronchites toxiques, bronchites mécaniques, toutes, en résumé, semblent donc ressortir de l'infection microbienne. C'est elle qui domine toute l'étiologie des bronchites aiguës, notion précieuse, puisqu'elle vous permet de prévoir la prophylaxie et même jusqu'à un certain point la symptomatologie de cette affection.

Mais, arrivé au terme de cette étude étiologique, vous devez vous demander, Messieurs, ce que je fais de la bronchite a frigore. Je ne l'ai point oubliée, bien loin de là.

Il est de notion courante qu'en dehors de toute infection, de toute intoxication, de tout traumatisme, il existe des bronchites aiguës (et c'est le plus grand nombre) que l'on ne peut attribuer qu'à un refroidissement local ou général. Dans quelle catégorie allons-nous les placer ?

De nombreuses recherches ont été entreprises pour élucider la pathogénie de cette bronchite : Rossbach, Riegel et Ackermann l'ont reproduite expérimentalement.

Je crois, Messieurs, que la bronchite a frigore peut rentrer à la fois dans les trois catégories précédemment décrites.

L'air froid respiré peut agir sur la muqueuse bronchique à la façon d'un trauma, diminuer la résistance des épithéliums, des leucocytes, favoriser l'infection. Dans des recherches entreprises avec mon ami le docteur Castets, communiquées à l'Académie de médecine en 1897, et destinées à élucider la pathogénie de ces accidents a frigore, nous avons établi que chez l'animal refroidi il y avait à la fois intoxication et infection. L'intoxication est prouvée par ce fait que le sérum sanguin des animaux refroidis est quatre fois plus toxique que celui des témoins. L'infection est démontrée parce que le sang, stérile avant le refroidissement, donne des cultures après qu'il a eu lieu. Ces données sont précieuses et pourraient peut-être s'appliquer aux bronchites aiguës.

Ce qu'on peut affirmer, c'est que la fonction bactéricide des humeurs, qui est sous la dépendance du système nerveux (Bouchard et ses élèves), est diminué

à la suite du refroidissement : l'infection peut donc se produire.

Nous voilà arrivés, Messieurs, au terme de ce chapitre d'étiologie générale des bronchites. Si j'ai été un peu long c'est que je voulais que vous eussiez bien présents à l'esprit les cas dans lesquels l'infection se produit et comment elle se produit, afin que dans la pratique, vous puissiez agir en toute connaissance de cause. Non seulement au point de vue curatif, mais au point de vue de la prophylaxie.

Bien que la mort, dans les bronchites, soit relativement rare, elle se produit quelquefois du fait de l'affection causale.

A l'autopsie, en ouvrant les bronches, vous trouverez alors une muqueuse rouge vif, carminée, d'autant plus apparente qu'elle aura été détergée du mucus ou du muco-pus qui la recouvrait.

Elle a parfois un aspect granité et est ponctuée d'ecchymoses.

Dans les petites bronches, le muco-pus est abondant et vous le verrez sourdre de leur lumière comme une goutte jaune verdâtre, opaque, visqueuse, si vous pressez le parenchyme pulmonaire.

Toutes les parties constituantes de la bronche sont du reste lésées dans les bronchites aiguës.

1° Epithélium. — Le premier fait, pour HAMILTON, c'est la chute des cils vibratiles, la disparition du plateau strié qui surmonte la cellule. Le protoplasma de celle-ci, infiltré de substance muqueuse, se gonfle, distend la cellule qui ne tarde pas à éclater, déversant dans la bronche leur contenu muqueux. La cellule elle-même, dont le noyau est nécrosé, ne tarde pas à desquamer. Elle peut, du reste, indépendamment de cette dégénérescence muqueuse, subir la tuméfaction trouble ou la nécrose de coagulation.

Les cellules épithéliales sont dissociées par des cellules mononucléaires ou polynucléaires, leurs débris se retrouvent dans l'expectoration et les leucocytes nécrosés vont former des globules de pus ;

2° Les glandes sont tuméfiées ; par leur goulot dilaté on voit parfois sourdre une goutte de pus. Les épithéliums glandulaires présentent les mêmes altérations que les épithéliums de revêtement. Autour des culs-de-sac glandulaires, on note une infiltration leucocytique prononcée ;

3° Les vaisseaux dilatés sont souvent entourés d'un manchon de leucocytes mono et polynucléaires.

Les lymphatiques sont bourrés de leucocytes. Les fibres élastiques et les fibres musculaires lisses peuvent, si le processus est plus profond, être dissociées par l'infiltration leucocytique.

Les fibres musculaires, en ces cas, sont souvent dégénérées : ceci explique l'évolution ultérieure de la dilatation bronchique. Les cartilages sont ordinairement épargnés, sauf dans certaines bronchites suppuratives (celles de la typhoïde en particulier) où l'on a noté des chondrites suppurées ou ossifiantes. Les petits ganglions péribronchiques sont aussi tuméfiés : cette tuméfaction légère ou peu marquée dans les bronchites légères est souvent très accentuée dans les bronchites infectieuses : en ce cas il peut même y avoir suppuration ganglionnaire. Enfin, en certains cas, on peut constater de visu, sur les coupes, la pénétration microbienne.

Telles sont, Messieurs, les lésions anatomo-pathologiques communes à toutes les bronchites aiguës. Ajoutons que, dans certaines bronchites il y a des lésions véritablement spécifiques.

C'est ainsi que dans la morve, on retrouve les granulations, le chancre caractéristique de cette infection.

C'est ainsi que dans la variole on peut retrouver des pustules sur la muqueuse bronchique.

Mais ce sont là cas très rares, qui ne sauraient nous arrêter bien longtemps.

Vous venez de voir, Messieurs, comment les agents microbiens, cause des bronchites, s'introduisent dans la place, comment ils l'envahissent ; vous avez vu les réactions de défense de celles-ci ; vous avez vu les dégâts de la lutte ; nous allons maintenant étudier les signes révélateurs de cette lutte.

Nous avons appris que la lésion réactionnelle de l'invasion microbienne, c'était la dégénérescence, la fonte ou la nécrose de l'épithélium, c'était l'exode leucocytaire, la mort de certains de ces défenseurs.

Ces produits cellulaires ou sécrétoires, tombés dans la cavité bronchique, vont l'obstruer plus ou moins, donnant naissance à des symptômes fonctionnels, à des symptômes physiques.

D'un autre côté les micro-organismes qui pullulent dans cet exsudat non bactéricide, dans cet épithélium altéré, dans cette paroi bronchique peuvent :

a) Envahir secondairement l'organisme tout entier : le fait est exceptionnel,

b) Sécréter des substances toxiques, des toxines.

Dans l'un et l'autre cas se produisent des symptômes généraux.

L'intoxication, Messieurs, joue un rôle important dans la genèse de ces accidents généraux. Si, en effet, suivant l'exemple de Claisse, nous prenons des crachats de bronchite aiguë, si nous débarrassons ces crachats des microorganismes qu'ils renferment, nous pourrons nous convaincre qu'ils possèdent une toxicité très marquée, et, en les injectant à l'animal, nous pourrons obtenir l'hyperthermie, la dyspnée et des dégénérescences viscérales.

Etudions maintenant ces trois sortes de symptômes.

Signes fonctionnels. L'accumulation des produits de sécrétion, des débris cellulaires desquamés et dégénérés, des leucocytes plus ou moins altérés, dans la lumière des bronches, va déterminer l'apparition de deux ordres de symptômes.

1° Elle va exciter les régions tussipares des bronches, d'où *la toux*; 2° Ces produits vont être rejetés au dehors par l'*expectoration.*

Ce sont là les deux symptômes fonctionnels capitaux des bronchites aiguës.

a) *Toux.* — La muqueuse des bronches est douée d'une sensibilité exquise; dès qu'un corps étranger quelconque, liquide ou solide, vient la chatouiller, il se produit un acte réflexe destiné à rejeter l'intrus au dehors.

Nicaise a démontré que les bronches se dilataient pendant l'expiration. Or, la toux est un phénomène expiratoire. Normalement, dans la respiration calme, les crachats cheminent vers la trachée, sous l'influence des mouvements des cils vibratiles, et sous l'influence du courant d'air expiratoire. Quand ces crachats arrivent dans une région plus sensible (tussipare), il en résulte un mouvement réflexe qui décuple les forces expiratoires, et quand le crachat parvient aux régions bien plus sensibles de la trachée, l'effort plus violent encore aboutit au rejet du crachat.

C'est à ce mouvement expiratoire qu'on donne le nom de toux.

L'arc réflexe de la toux nous est bien connu à l'heure actuelle. L'influx sensitif suit le pneumogastrique pour arriver au centre (Rosenthal a constaté qu'après la section du vague, la toux ne se produisait plus). Les recherches de Koth ont établi que le centre de la toux était situé dans la moelle allongée au voisinage du centre respiratoire. Les voies centrifuges de l'influx moteur sont les nerfs phréniques et intercostaux.

La toux, dans les bronchites aiguës, présente deux caractères principaux : a) Si l'exsudat n'est pas encore fluide, s'il y a seulement hyperémie (c'est ce qui se passe au début de la bronchite), *la toux est sèche, brève, quinteuse.* Elle est constituée par des séries de saccades expiratoires, plus ou moins nombreuses, plus ou moins vives, réveillant parfois des douleurs cuisantes en arrière du présternum, aux insertions du diaphragme et des intercostaux ; b) Si l'exsudat est fluide, la *toux est grasse.* Ici les saccades expiratoires sont suivies d'effets et s'accompagnent du rejet d'un ou de plusieurs crachats.

La toux est donc un acte salutaire, puisqu'il est destiné à débarrasser les bronches des produits toxiques ou infectieux qui les encombrent.

Rappelez-vous de ce fait, Messieurs, et ne cherchez pas à combattre systématiquement la toux dans les bronchites. Faites-le seulement quand elle devient trop douloureuse, quand elle est une cause d'insomnie ou lorsque vous craindrez l'apparition de l'emphysème ou de la dilatation des bronches.

2° Expectoration. Les crachats, dans les bronchites aiguës, sont muqueux, muco-purulents, purulents.

Les *crachats muqueux* se trouvent au début des bronchites aiguës : c'est le sputum crudum des anciens : ils sont transparents, incolores, visqueux, aérés et mousseux.

Ils renferment de l'eau, des sels (phosphates, chlorures, carbonates et sulfates de sodium, de potassium, de chaux, de magnésie et de fer).

Si vous y ajoutez quelques gouttes d'alcool ou d'acide acétique il se forme des filaments opaques de *mucine.*

Salomon y a retrouvé du glycogène, Escherich, un ferment analogue à la trypsine.

Examinez ces crachats au microscope. Vous constatez qu'ils renferment fort peu d'éléments cellulaires. Ceux-ci sont des cellules en dégénérescence muqueuse ou des leucocytes.

Les premières sont rondes ou aplaties, leur contenu est finement granuleux, leur noyau est à peine visible. Parfois elle présente encore quelques cils.

Si vous ajoutez une goutte d'acide acétique étendu, vous constatez que ces cellules gonflent, deviennent transparentes; leur noyau est alors très net, leurs contours très marqués, elles renferment quelquefois des vacuoles.

Si vous colorez par la thionine phéniquée, vous voyez

le protoplasma de ces cellules se colorer en rouge violacé (réaction de la substance muqueuse).

Les leucocytes que vous y rencontrez sont parfois dégénérés, nécrosés, parfois ils présentent les réactions colorantes qu'ils ont à l'état de vie : ce sont des leucocytes polynucléaires et mononucléaires qui dominent. J'y ai retrouvé des cellules éosinophiles en proportion anormale, 7 °/o.

Enfin vous y trouverez des micro-organismes variés.

Les *crachats muco-purulents* n'apparaissent qu'un peu plus tard dans l'évolution des bronchites aiguës. Examinez alors le crachoir de votre malade : au milieu de parties muqueuses transparentes vous voyez des parties purulentes opaques, jaunâtres ou verdâtres. Le mélange des deux substances est tantôt intime, tantôt les parties purulentes flottent dans le liquide ou se déposent au fond.

Leur composition chimique est la même : les sels y sont plus abondants, on y trouve de la pyine et de la nucléine, rarement de la cholestérine. Microscopiquement ce sont les globules de pus qui dominent. Ils sont arrondis, leur protoplasma est irrégulièrement granuleux, leurs noyaux sont mal colorés.

On y trouve encore des leucocytes polynucléés et rarement des plaquettes de cholestérine.

Les crachats purulents sont verdâtres, opaques, fluides. Leur odeur est fade. Ici plus de mucus, les épithéliums sécréteurs sont détruits ; il n'y a que des globules de pus. Dans quelques cas l'expectoration est sanglante, l'hypérémie a été trop intense, il y a de petites ruptures vasculaires. Enfin on a signalé des cas (très rares) de bronchite avec expectoration fibrineuse.

Signes physiques. — La présence d'un exsudat dans les bronches va mettre obstacle au passage de l'air, d'où : signes physiques révélés par l'examen des malades.

Inspectez avec soin le thorax de vos malades, palpez-le, percutez-le ; il ne présente rien d'anormal.

Appliquez maintenant votre oreille sur la paroi thoracique : vous percevez aussitôt un ensemble de bruits anormaux surajoutés au murmure vésiculaire normal.

Ces bruits anormaux, ce sont les râles de la bronchite. Ils ont, suivant que l'exsudat existe ou est absent, des caractères particuliers qui permettent de distinguer des râles secs, des râles humides.

Les *râles secs* se produisent quand l'exsudat est fort épais, ou quand il manque : on ce cas on les attribue à l'épaississement de la muqueuse hypérémiée et comme engluée.

On les subdivise en râles ronflants, râles sibilants.

Le *râle ronflant* a une tonalité très grave. LAENNEC la comparait au ronflement de l'homme qui dort, au son d'une corde de basse qu'on frotte avec le doigt, au roucoulement de la tourterelle.

Il se passe dans les grosses bronches.

Le *râle sibilant* a une tonalité plus aiguë, il ressemble à un sifflement prolongé. Quelquefois bref il se rapproche du « cri des oiseaux » (LAENNEC). Il prend naissance dans les bronches moyennes.

Les caractères de tous ces râles sont les suivants :

1° Ils sont mobiles, c'est-à-dire se substituent les uns aux autres dans le cours de deux respirations successives, parfois même d'une seule. Ils disparaissent quelquefois pendant une ou plusieurs expirations. Ils changent de place ; 2° Ils se produisent surtout pendant l'expiration. C'est à l'expiration que se produit le premier râle de la bronchite ; c'est encore à l'expiration qu'on perçoit le dernier ; 3° Ils se propagent très loin, en avant comme en arrière, au sommet comme à la base : d'où l'impossibilité d'établir un diagnostic topographique.

Quand l'exsudat est fluide, ce ne sont plus des râles secs que vous allez percevoir ; ce sont des *râles humides*.

Ils sont constitués par une série de petits bruits éclatants, se succédant plus ou moins rapidement. Ils sont irréguliers. Ils changent d'aspect dans le cours d'une même respiration ou de deux respirations successives.

Ils se produisent aux deux temps de la respiration : surtout pendant l'expiration. Ils ont un caractère bullaire, c'est-à-dire, sont constitués par des bulles traversant un liquide. On ne saurait mieux les comparer qu'au bruit d'une pipe qui jute. Les bulles sont plus ou moins volumineuses suivant le diamètre où elles prennent naissance. Elles sont plus ou moins éclatantes suivant la profondeur de la situation de ces bronches.

Tels sont, Messieurs, les symptômes locaux des bronchites aiguës.

Mais, tous ces produits pathologiques qui encombrent les voies bronchiques possèdent parfois un pouvoir toxique bien mis en évidence dans les expériences de CLAISSE.

Ces toxines fabriquées dans les bronches vont être

résorbées et produiront les symptômes généraux, symptômes d'intoxication.

Mais ici, il vous faut tenir compte de la nature et de la virulence du microbe causal. Ces symptômes généraux varieront donc essentiellement suivant la cause de la bronchite.

Fièvre, courbature, céphalée, troubles digestifs, varieront donc suivant les cas : de là nécessité pour nous d'étudier dans la prochaine leçon les formes cliniques des bronchites aiguës.

Il m'est impossible, Messieurs, de vous dire quel est en général le pronostic des bronchites aiguës.

Ce qu'on peut dire c'est *qu'une bronchite aiguë ne doit jamais être négligée.*

La bronchite aiguë est chose très sérieuse parfois. 1° Elle peut passer à la chronicité ; 2° Elle peut envahir les fines ramifications bronchiques : bronchite capillaire ; 3° Elle peut ouvrir la porte à une infection secondaire plus grave et en particulier à la tuberculose ; 4° Elle peut retentir sur le cœur primitivement ou secondairement lésé et nous verrons ce que sont ces bronchites des cardiaques ; 5° Enfin, chez certains individus, chez les bossus elle a un pronostic particulièrement grave que nous étudierons.

Si donc une bronchite aiguë ne tue pas par elle-même, elle peut ouvrir la porte à une autre affection qui, elle, n'épargnera pas le malade.

Il est donc nécessaire d'être fixé de bonne heure sur le diagnostic de la bronchite aiguë pour intervenir activement et traiter efficacement la maladie. Le diagnostic est facile. *Il repose tout entier sur la présence des râles bronchiques.*

Ce sont ces râles dont la présence vous permettra de ne pas confondre la bronchite avec : 1° la toux hystérique ; 2° les toux réflexes (hépatique, rénale, utérine, gastro-intestinale).

Une fois le diagnostic de bronchite établi, il vous en faudra soigneusement rechercher la cause. Ce sera parfois difficile, mais c'est absolument nécessaire, car combattant la cause, vous combattrez l'effet, et vous aurez ainsi la clef d'une thérapeutique étiologique vraiment efficace.

Nous avons vu, Messieurs, que la cause des bronchites aiguës c'est l'infection microbienne, entraînant à sa suite l'encombrement des bronches par un exsudat réactionnel ; nous avons vu secondairement que c'était l'encombrement des bronches qui était la cause des symptômes généraux de la bronchite : C'est dans ces notions que nous allons puiser tous nos moyens thérapeutiques.

1° Nous chercherons à combattre directement l'infection des bronches ; 2° Nous exciterons et chercherons à donner de nouvelles forces aux défenses de l'organisme attaqué ; 3° Nous essaierons de débarrasser les bronches des exsudats qui les encombrent ; 4° Nous modifierons ces sécrétions, nous les rendrons moins toxiques, nous essaierons de les tarir ; 5° Enfin nous favoriserons l'élimination des poisons élaborés dans les bronches et dont le passage dans le sang produit les symptômes généraux.

I. – Pour combattre l'infection bronchique existante nous userons des antiseptiques. Pris en inhalations, en fumigations, en pulvérisations, ils ne donnent guère de résultats : ils ne parviennent point jusqu'aux bronches. Les administrerez-vous par la voie buccale ou rectale : ce sera bien inutile !

Ce que vous chercherez surtout ce sera de vous opposer à l'infection générale, et vous y parviendrez en donnant la quinine. Aux doses quotidiennes de 0 gr. 50 à 0 gr. 60, le sulfate de quinine est un excellent antiseptique général, qui tonifiera le système nerveux et excitera les moyens de défense. Vous le préférerez à l'antipyrine qui n'est qu'un faible antiseptique et qui a une tendance congestive sur les bronches.

II. — Vous favoriserez la défense de l'organisme par ses défenseurs naturels en soumettant les malades au repos, dans une chambre dont la température sera de 18° à 20°. Vous lui conseillerez de peu remuer ; les mouvements réveillent la toux, qui exagère la congestion des bronches. Vous ordonnerez une alimentation légère consistant en lait, œufs, poulet. Vous stimulerez enfin le système nerveux, grand régisseur des défenses de l'organisme, par des grogs chauds et des tisanes alcoolisées.

III. — Vous devez essayer de faire expulser les exsudats accumulés dans les bronches. La toux s'en charge, mais est quelquefois impuissante. Vous favoriserez cette expulsion :

a) En fluidifiant les exsudats.

b) En favorisant la contraction des muscles de Reissessen.

Pour fluidifier les sécrétions, ayez recours à la belladone ou au jaborandi. Vous donnerez une inhalation chaude renfermant 20 gr. de feuilles de belladone.

Mais vous préférerez le jaborandi. Une infusion théiforme avec 3 gr. de feuilles de jaborandi détermine une véritable chasse du mucus (A. ROBIN). Vous favoriserez les contractions des fibres de REISSESSEN au moyen de l'ipéca. Dès votre première visite, vous donnerez l'ipéca chez l'adulte, associé avec le tartre stibié selon la formule classique :

Poudre d'ipéca, 1 gr. 50 ; tartre stibié, 0,05 centigr. en 3 paquets.

Faire dissoudre chaque paquet dans un demi-verre d'eau. On prend chaque verre à une demi-heure d'intervalle et on s'arrête si le malade vomit avant le troisième verre. On conseille au malade de boire de l'eau tiède pour éviter les vomissements à vide. L'ipéca pris de la sorte a plusieurs avantages :

1° Il provoque la sécrétion des bronches, fluidifie l'exsudat ; 2° il excite la contraction des fibres de REISSEISSEN ; 3° il cure les bronches, car dans l'acte du vomissement les compressions successives auxquelles est soumis le poumon expriment le parenchyme pulmonaire.

Les jours suivants vous pourrez donner l'ipéca à doses réfractées : je ne vous le conseille pas : il est trop dépressif. Vous préférerez le kermès, l'oxyde blanc d'antimoine, l'aconit ou l'ergotine.

Vous formulerez le kermès ainsi qu'il suit :

Potion avec kermès minéral, 0 gr. 15 à 0 gr. 30 ; looch blanc du codex, 120 gr.

L'oxyde blanc se donne selon la formule. Potion avec :

Oxyde blanc d'antimoine	2 à 6 gr.
Sp. d. polygala.	30 gr.
Julep gommeux	90 gr.

à prendre par cuillerées à bouche dans la journée.

L'alcoolature de racine d'aconit se donnera aux doses de X à XXX gouttes par jour dans les tisanes. L'ergotine se donnera de 1 à 4 gr. par jour.

IV. Vous devrez encore, Messieurs, modifier les sécrétions, les rendre moins toxiques, les supprimer si elles persistent. Les balsamiques vous fournissent à ce titre plusieurs médicaments. Le principal d'entre eux est le baume de Tolu. On le donne sous forme de sirop de 30 à 40 gr. par jour ; sous forme de pastilles, ou sous forme de pilules associées à la Terpine selon sa formule. Pilules avec :

Terpine
Baume de Tolu } āā 4 gr.

f. s. a. 40 pilules. A prendre de 4 à 8 par jour.

L'opium, tient, dans le traitement des bronchites aiguës, une place importante : il exerce une action d'arrêt sur la sécrétion bronchique. RENAUT le considère comme le médicament par excellence des bronchites aiguës. C'est lui qui entre dans la composition des sirops pectoraux (de LAMOUROUX, DE FLON) ; des pâtes pectorales ; des bonbons pectoraux, et de nombre de potions béchiques. Sans doute l'opium a de grands avantages. Il calme la toux et les phénomènes douloureux qu'elle éveille, il calme les insomnies. Mais il ne faut point en abuser. La toux, nous l'avons vu, est un acte physiologique qu'il ne vous faut combattre que dans quelques conditions particulières. A la fin d'une bronchite ou dans le cours d'une bronchite avec toux fréquente violente et douloureuse, donnez l'opium et donnez-le suivant la méthode de RENAUT. Pilules avec :

Extrait thébaïque, 0,50 centigr. ; extrait de datura, de belladone ou de jasquiane, 0,25 centigr. ; f. s. a. 50 pilules.

Prendre 3 pilules avant de se coucher. La nuit, si on se réveille, en prendre une ou deux. Mais ne pas dépasser cette dose. L'eau de laurier-cerise, incorporée aux potions à la dose de 10 à 20 gr., donne aussi de très bons résultats.

V. En dernier lieu, avons-nous dit, il vous faudra, Messieurs, favoriser l'élimination des substances toxiques élaborées dans les bronches et résorbées dans l'organisme. Vous y parviendrez : 1° par le régime lacté qui favorise la diurèse ; il n'est pas nécessaire, sauf indications spéciales, qu'il soit absolu ; 2° par l'ingestion des boissons chaudes qui favorisent la diurèse et la diaphorèse. C'est là le secret de l'efficacité des tisanes. « La tisane, disait AXENFELD, est une caresse pour la trachée et les bronches ». Conseillez-les à vos malades et choisissez parmi les innombrables espèces : l'hysope, le lierre terrestre, la capillaire, la guimauve, la réglisse, la violette, les quatre fleurs pectorales ; 3° vous y parviendrez aussi par les oxymels et en particulier par l'oxymel scillitique à la dose de 15 à 20 gr. dans les tisanes ; 4° enfin, c'est peut-être à ce mode d'action qu'est dû le succès du benzoate de soude si préconisé dans ces derniers temps. Trois ou quatre fois par jour faire prendre au malade, dans une infusion de tilleul ou d'oranger, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Benzoate de soude	20 gr.
Sp. de polygala	100 gr.
Julep gommeux.	200 gr.

A côté de ces traitements rationnels, il en est d'autres, peut-être un peu empiriques, mais dont l'action, bien qu'inexpliquée, est parfois très satisfaisante. De ce nombre est la révulsion. Certes, je ne vous engage pas à user des wlinsi,du thapsia ou des vésicatoires dont l'action est nulle ou douteuse. Mais ayez recours aux ventouses sèches, aux badigeons de teinture d'iode,aux enveloppements chauds et humides du thorax, aux cataplasmes sinapisés, vous n'aurez qu'à vous en féliciter.

Telles sont, Messieurs, les indications thérapeutiques générales des bronchites. Elles sont nombreuses, vous le voyez, mais en les remplissant exactement, vous aurez la certitude d'avoir fait tout ce qui dépendait de vous pour guérir votre malade, et c'est là, n'est-il pas vrai, notre but dans la vie.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Lannelongue a obtenu de très bons effets d'huile iodoformée et créosotée dans le traitement des abcès tuberculeux symptomatiques ou non d'une affection des os.

Académie de Médecine. — D'après M. Dieulafoy, le traitement de l'appendicite doit toujours être chirurgical.

— M. Lucas-Championnière propose de traiter les hernies par l'usage de la bicyclette.

Société médicale des Hôpitaux. — MM. Guinon et Tuffier insistent sur les difficultés du diagnostic des pleurésies interlobaires.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La Commission de l'enseignement, nommée dans le sein de la Chambre des députés, fait connaître qu'elle a décidé de procéder à une enquête sur l'état de l'enseignement secondaire et communique une liste des questions sur lesquelles elle appelle les déposants à s'expliquer oralement ou par écrit. Les personnes qui désirent participer à l'enquête sont priées d'adresser leur déposition écrite au président de la Commission ou de donner un aperçu précis de la déposition orale qu'elles demandent à faire devant la commission.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Au Syndicat Médical de Lille

Au dîner du Syndicat médical de Lille, qui eut lieu le 14 janvier, le Dr Delassus dit les couplets ci-dessous, qu'il voulut bien communiquer à la presse médicale, représentée, comme il convenait, à ces agapes fraternelles.

Le succès fut très vif à l'audition ; notre confrère le retrouvera parmi nos lecteurs, nous en avons la certitude.

LE SYNDICAT MÉDICAL DE LILLE

Air : *L'Habit d'min vieux grand-père.*

I

J'ai retenu l'accueil aimable
Que vous fîtes à mes couplets,
Quand, l'an dernier, à cette table,
Ce banquet nous a rassemblés.
Par gratitude,
Par habitude,
Je veux, ce soir, ajouter quelque trait.
La chansonnette,
En cette fête,
Trouve toujours un sujet plein d'attrait.
Si ma rime est parfois débile,
Bonne au moins est l'intention ;
Je chante avec conviction
Le Syndicat de Lille ! — (Bis).

II

Faut-il vous conter son histoire :
Un premier œuf fut avorté.
Le second, c'est un fait notoire,
S'est très brillamment comporté.
Karyokinèse,
Cytogénèse,
Tous les processus sont menés à bien ;
Le Blastoderme
Du petit germe
S'est développé, vous savez combien.
Chaque confrère de la ville
Bientôt sera « phagocité. »
Il est dans l'univers cité
Le Syndicat de Lille ! — (Bis).

III

Pour le combat de l'existence.
Tout jeune, il put bénéficier
De cette sage expérience
Qu'avaient ses pères nourriciers :
Lingrand, tenace,
Looten, sagace,
Bichard-Lesay, actif, zélé, prudent.
Leur vigilance,
De la croissance
Evita tout sérieux accident.
Sous leur direction habile,
Le bonhomme a bien fait ses dents.
Honneur, honneur aux présidents
Du Syndicat de Lille ! — (Bis).

IV

Ses premiers pas dans la carrière
Ont montré son activité ;
Il a planté notre bannière,
Il veut notre droit respecté.
Vous savez comme,
En galant homme,
Au sexe faible il porta son respect ;
Honneur aux Dames !
Les sages-femmes,
Il les charma par ses exploits... d'huissier.
Mesdames, il est bien facile,
Auprès de lui de vivre en paix ;
Ne lui marchez pas sur le pied,
Au Syndicat de Lille ! — (Bis).

V

Aux malheureux dans la souffrance,
S'il donne toujours sans compter
Son temps, sa peine, sa science,

Il craint les collectivités.
Car on l'exploite,
A gauche, à droite,
En le couvrant de fleurs, de compliments,
Si sa visite,
A le mérite
De ne pas trop surcharger les bilans !
Dévoué sans être servile,
— C'est une noble qualité. —
Il entend être respecté
Le Syndicat de Lille ! — (Bis).

VI

Maintenant, voici la jeunesse,
Il est temps de le marier ;
Ce gaillard rempli de promesse
A qui peut-on le confier ?
Quelle est la Dame
Dont la belle âme
Puisse obtenir et sa main et son cœur ;
Qui, douce et forte,
En dot apporte
Avec la prospérité, le bonheur ?
La trouver n'est pas difficile,
Elle est assise à son côté :
Marions « La Fraternité »
Au Syndicat de Lille ! — (Bis).

VII

Fraternité, noble compagne,
Demeure au foyer syndical !
Toujours le succès t'accompagne,
Ton départ, c'est l'échec fatal.
Mes chers confrères,
Comme des frères,
Loyalement, restons toujours unis.
Et si, la guerre,
Il faut la faire,
Que ce ne soit qu'à nos seuls ennemis.
Ainsi ce couple juvénile
Joyeusement prospèrera
Et bien longtemps on chantera
Le Syndicat de Lille ! — (Bis).

———

— Le Conseil de l'Université vient de voter les crédits nécessaires pour qu'un service central de radiographie et de photographie soit ouvert à Saint-Sauveur. A dater du 6 février, sous la direction du professeur **Doumer**, ce **nouveau** service fonctionnera tous les jours, de 9 à 10 **heures**; le chef des travaux de physique et le préparateur **attachés** à ce service développeront immédiatement les **clichés**, de sorte que l'examen pourra en être fait le jour **même**, ce qui a la plus grande importance pour la radiographie.

L'enseignement clinique ne peut que bénéficier grandement de cette création, due à la libéralité du Conseil de l'Université.

—Sur le tableau de **proposition pour la Légion d'honneur** dans le corps de santé militaire, nous relevons les noms de MM. les docteurs Berthier, du 110e d'infanterie, à Dunkerque, et Lacronique, du 3e génie, à Arras.

— La **Société de chirurgie** vient de décerner son prix, le plus apprécié, le prix Marjolin-Duval, de la valeur de 300 francs, à M. le docteur **Vanverts**. Nous adressons toutes nos félicitations à notre sympathique compatriote, dont nos lecteurs ont récemment trouvé, dans l'*Echo médical du Nord*, un article remarqué.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

4e semaine du 22 au 28 Janvier 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	11
3 mois à un an	6	8
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	3	7
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	11	6
40 à 60 ans	7	3
60 à 80 ans	8	5
80 ans et au-dessus	2	4
Total	51	47

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	»	»	»	5	1	»	»	»	4	»	»	»	»	»	5	16	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	1	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	5	12	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	1	2	»	1	1	»	3	»	»	4	1	»	1	»	»	5	19	34
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	1	»	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	4	11	18
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3	9	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	4	»	»	1	»	1	2	»	»	6	16	24
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	5
Total	»	»	»	»	2	6	»	4	15	4	13	»	»	15	1	1	3	»	»	34	98	147

N° 109. Troisième Année, N° 7. Le Numéro : **10** centimes. 12 Février 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la péricardite aiguë

Par le docteur **A. Deléarde,**
agrégé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

Dans un précédent article (*Echo médical,* 1899, n° 3) nous avons exposé le traitement prophylactique de la péricardite aiguë. Il nous reste à étudier le traitement curatif.

Les moyens mis à la disposition du thérapeute pour guérir une péricardite aiguë déclarée sont assez nombreux, mais les résultats que l'on tire de leur emploi ne répondent pas toujours aux efforts du médecin. Le traitement différera légèrement suivant que l'on aura affaire à une péricardite sèche ou à une péricardite avec épanchement.

Voyons d'abord le traitement de la péricardite sèche qui est caractérisée anatomiquement par l'existence de dépôts fibreux pseudo-membraneux à la surface du péricarde avec une quantité négligeable de sérosité et cliniquement par des frottements localisés plus fréquemment à la base ou à la partie moyenne du cœur qu'à la pointe.

L'indication première est de combattre la phlegmasie. La saignée délaissée depuis le temps où elle fut pronée par CORVISART, BOUILLAUD, HOPE, est remplacée maintenant par la révulsion que l'on doit s'efforcer de faire aussi énergique que possible au niveau du péricarde. Dans ce but, les applications répétées de teinture d'iode ou de ouate iodée, les ventouses sèches ou mieux encore scarifiées, les pointes de feu, les vésicatoires volants de petites dimensions (deux centimètres sur deux centimètres) en employant les moyens recommandés pour éviter les accidents d'intoxication cantharidienne, sont les procédés qui donnent quelquefois de bons résultats.

L'application locale de compresses trempées dans l'eau froide et renouvelées dès qu'elles s'échauffent a été recommandée par BAMBERGER et FRIEDREICH ; GENDRIN, en France, a préconisé l'usage de la vessie de glace, qu'il laissait en place pendant quarante-huit heures. Bien que tous les auteurs ne soient pas du même avis au sujet de l'efficacité de ce procédé, il est cependant à essayer. J'ai eu l'occasion, dans deux cas, d'en constater les bons effets ; le premier avait trait à une péricardite survenue chez une femme atteinte de broncho-pneumonie grippale très grave, le second se rapportait à une péricardite ayant apparu dans le cours d'une fièvre typhoïde.

La réfrigération, de l'avis des deux malades, diminuait l'angoisse et calmait l'éréthisme cardiaque : les signes locaux s'étaient amendés dès le deuxième jour de l'emploi de ce traitement.

Il faut avoir soin d'interposer entre la paroi thoracique et la paroi contenant la glace un linge de flanelle. La glace doit être renouvelée dès qu'elle est fondue.

Je ne citerai que pour mémoire le traitement de JACCOUD au tartre stibié à haute dose (0,30 à 0,40 centigrammes par jour) qui déprime trop fortement les forces du malade et ne peut être recommandé que chez les sujets très robustes.

Lorsque le myocarde semble fléchir, ce que l'on constate au nombre et à la force des pulsations, la digitale est indiquée. Vous pouvez donner ce médicament sous forme d'infusion ou de macération à froid.

En infusion, la dose à employer est de 0,30 à 0,50 de poudre de feuilles.

La macération, de l'avis de HUCHARD et POTAIN, est supérieure à l'infusion, elle présente cependant l'inconvénient d'exiger au moins douze heures de préparation. La dose de poudre de feuilles est la même que pour l'infusion.

Voici la formule de HUCHARD :

Poudre de feuilles de digitale	0 gr. 30 à 0 gr. 40
Eau froide.	120 à 150 grammes

Faire macérer pendant douze heures, filtrer pour éviter que les parcelles de poudre restent en suspension et produisent des nausées et des vomissements par leur action locale sur la muqueuse gastrique.

La macération, ayant une saveur désagréable, on peut édulcorer la potion en y ajoutant, à l'exemple de BOUILLAUD, des tranches de citron ou du jus de ce fruit au moment de boire.

Si vous préférez l'infusion vous prescrirez ainsi :

Poudre de feuilles de digitale	0 gr. 20 à 0 gr. 60
Eau chaude à 70°	120 gr.

Faire infuser pendant une demi-heure ; filtrer et ajouter sirop de digitale 30 grammes.

A prendre dans les vingt-quatre heures (JACCOUD).

La teinture alcoolique du codex représente 0 gr. 10 de poudre de feuilles de digitale par XXXIII gouttes.

On pourra recourir encore à la digitaline (1/4 à 1/2 milligramme en vingt-quatre heures). Les granules de digitaline Nativelle en renferment 1/2 milligramme.

La solution alcoolique de digitaline cristallisée du codex contient un milligramme par L gouttes.

La digitale, quel que soit le mode d'emploi auquel on s'est arrêté, devra être donnée avec soin, à cause de son pouvoir accumulatif ; en général, le médicament ne devra pas être prolongé au-delà de deux à trois jours consécutifs ; cette manière de faire suffit à ralentir le pouls, à ranimer le myocarde, et à combattre l'éréthisme.

Contre la douleur quelquefois angoissante qui accompagne la péricardite, le salicylate de soude dans la péricardite rhumatismale, l'opium sous toutes ses formes sont excellents. Toutefois ce dernier médicament ne pourra être employé que si le cœur a conservé toute son énergie,car l'opium et son alcaloïde la morphine produisent la stimulation des battements, la dilatation des vaisseaux et l'abaissement de la tension sanguine.

S'il s'agit d'une simple gêne douloureuse, plutôt que de douleur proprement dite, le stypage au chlorure de méthyle, les révulsifs, ou les onctions locales avec les liniments belladonés, chloroformés seront suffisants.

La dyspnée, parfois assez vive, sera calmée par l'éther et mieux encore par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

L'insomnie sera combattue par le chloral (1 à 2 gr. en solution aqueuse ou sous forme de sirop, 30 à 40 gr.) le sulfonal, le trional, l'hypnal à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme.

Enfin les toniques généraux en s'adressant à la maladie générale autant qu'à la péricardite ne sont pas à négliger. Parmi eux je citerai l'alcool, les vins généreux, la kola, la coca, l'acétate d'ammoniaque, la teinture de cannelle 1 à 3 gr.) et pour les cas urgents les injections sous-cutanées de caféine (0,50 à 0 gr. 75 dans les vingt-quatre heures), dispartéine (0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour) ou d'huile camphrée.

Le médicament spécifique de la péricardite rhumatismale est le salicylate de soude dont j'ai indiqué le mode d'emploi dans un article précédent. Les mêmes règles doivent être suivies lorsque la péricardite est constituée.

Traitement de la péricardite avec épanchement :

Malgré toute la surveillance et tous les efforts du médecin pour enrayer une péricardite sèche, on voit assez fréquemment un épanchement s'établir dans le péricarde ; dès lors les indications thérapeutiques

ne sont plus les mêmes qu'au début de la maladie.

Quel sera le traitement ?

Les diurétiques, les sudorifiques et les purgatifs prennent ici la première place après les révulsifs, puisqu'ils contribuent pour une grande part à faire rentrer dans la circulation générale une quantité plus ou moins considérable de sérosité.

Les purgatifs salins (sulfate de soude, ou de magnésie, sel de Seignette) seront choisis de préférence ; on aura même recours à l'action puissante des drastiques (scammonée et jalap 0 gr. 50 à 1 gramme de poudre dans les vingt-quatre heures, par pilules de 10 centigrammes). Les sudorifiques sont généralement peu employés, à tort pourtant ; le nitrate de pilocarpine à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 centigrammes en potion ou de 0 gr. 005 milligrammes à 0 gr. 01 centigramme en injections hypodermiques pourrait être utilisé.

Les diurétiques sont nombreux. La digitale, la caféine seront employés lorsque l'on voudra agir sur l'épanchement et sur le cœur en même temps, surtout lorsque ce dernier manifeste des signes évidents d'affaiblissement.

Le lait pris à la dose de deux à trois litres, soit pur, soit étendu d'une eau minérale, est le meilleur des médicaments diurétiques.

La lactose ou sucre de lait a été recommandée par E. Sée. On la prescrit aux malades, qui ne peuvent supporter le lait, à la dose de 100 grammes répartis dans deux litres d'eau.

La scille est employée seule ou associée à la digitale. On l'ordonne sous forme d'extrait alcoolique (0 gr. 02 à 0 gr. 15) de poudre (0 gr. 10 à 0 gr. 30) de teinture (1 à 5 grammes).

La théobromine possède une action diurétique puissante. A cause de son insolubilité on la prescrit en cachets de 0 gr. 50 chacun (quatre à six par jour).

Cette médication suffit quelquefois à faire résorber l'épanchement ; mais quelquefois elle échoue et le cœur ne tarde pas à faiblir avec menace imminente de syncope. Devant de semblables symptômes il ne faut pas hésiter à recourir à la paracentèse du péricarde.

Cette opération, considérée comme dangereuse par grand nombre de médecins, n'expose pas le malade à des accidents graves lorsqu'elle est faite en s'entourant de toutes les précautions aseptiques et en suivant certaines règles que je vais examiner. D'abord il est nécessaire, pour confirmer le diagnostic de péricardite avec épanchement, de faire une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz. Cette sage mesure permet en outre d'être fixé sur la nature du liquide épanché.

Après un savonnage soigné du champ opératoire suivi d'un lavage à la liqueur de Van Swieten, à l'alcool et à l'éther, on enfonce l'aiguille de la seringue au niveau du quatrième ou du cinquième espace intercostal gauche, à trois ou quatre centimètres en dehors du bord du sternum, afin de ne pas blesser l'artère mammaire interne. On aspire lentement et une fois la présence du liquide constatée on a recours à l'appareil Potain, en se servant du trocart le plus fin et non de l'aiguille. Il faut pénétrer dans le thorax par un coup droit d'avant en arrière et enfoncer lentement le trocart de un centimètre et demi environ ; si par hasard on touchait le cœur, on sentirait immédiatement des battements communiqués à l'instrument, il suffirait de retirer un peu le trocart, si la pointe de l'instrument a pénétré doucement, la blessure du cœur n'est pas à craindre.

Le trocart en place, on procède à l'aspiration du liquide.

Quelques auteurs, comme C. Paul, sont d'avis de ne point recourir aux appareils aspirateurs. Il propose de laisser la canule en place pendant une heure environ, de façon à laisser s'écouler très lentement le liquide, retenu le plus souvent par des adhérences et des brides. En outre, en ne pratiquant pas l'aspiration on verrait le liquide sortir, d'abord en jet saccadé correspondant au pouls, puis en bavant, ce qui établirait qu'on a bien pénétré dans le péricarde et non dans la plèvre. Au contraire, si on ponctionnait un hydrothorax, le jet serait d'abord continu, puis intermittent avec saccades rythmées par les mouvements respiratoires.

Il est préférable d'employer l'aspiration qui, lentement et sagement conduite avec les précautions antiseptiques d'usage, tels que le lavage du champ opératoire et la stérilisation à l'ébullition ou à la chaleur sèche à 180° du trocart de l'appareil Potain, n'expose à aucun danger.

Il ne faut pas chercher à enlever tout le liquide, dès que l'écoulement devient filiforme on s'arrête ; la révulsion énergique et la médication diurétique feront résorber le reste.

Rendu a proposé un autre lieu d'élection pour la

ponction ; il a observé en effet qu'au fur et à mesure de l'augmentation du liquide dans le péricarde, la sonorité de l'estomac s'abaisse et le diaphragme suit le mouvement d'abaissement. Le liquide contenu dans le péricarde s'accumule surtout à la base de la cavité séreuse, au niveau du trèfle aponévrotique et la pointe du cœur est refoulée en haut et en dedans. En ponctionnant à un centimètre environ au-dessus de la limite inférieure de la matité on tombe dans un endroit où la pointe du trocart a peu de chances à rencontrer le cœur.

Le point choisi sera le cinquième ou le sixième et même le septième espace intercostal, suivant l'abondance de l'épanchement. POTAIN rapporte une observation dans laquelle la ponction fut faite dans le huitième espace intercostal gauche.

Accidents opératoires : ils ne sont point nombreux et leur pronostic est variable.

1° Blessure du cœur : elle est causée par la pointe du trocart. En général elle n'est point grave si le trocart n'a pas été enfoncé brusquement ; du reste une plaie du cœur est compatible avec la vie lorsqu'elle est faite par un instrument de petit calibre et qu'elle ne traverse pas de part en part la paroi cardiaque. La piqûre des oreillettes est plus grave que celle des ventricules.

2° Blessure de la mammaire interne qui peut être évitée si on ponctionne à trois ou quatre centimètres en dehors du sternum.

3° Entrée de l'air dans la plèvre. Cette complication est due à la pénétration du trocart dans le cul-de-sac pleural antérieur gauche. La conséquence du traumatisme n'est pas grave, si l'épanchement péricardique est aseptique ; dans le cas contraire l'inoculation de la plèvre donne naissance à une pleurésie purulente.

Les résultats opératoires de la paracentèse du péricarde donnent, d'après la statistique la plus récente de BERNHEIM, une moyenne de trente-cinq guérisons pour cent. Les cas les plus favorables sont ceux dans lesquels l'épanchement est séreux ; la péricardite purulente est également curable mais dans des proportions moindres ; tout dépend du microbe producteur du pus.

Les péricardites à pneumocoques, par exemple, guérissent souvent avec une seule ponction, les épanchements dus au streptocoque et au staphylocoque sont plus tenaces. Quant à ceux produits par le bacille tuberculeux, ils doivent être respectés et on ne doit jamais ponctionner une péricardite purulente tuberculeuse. On voit que les règles de l'intervention et que les résultats consécutifs se rapprochent de ceux des pleurésies purulentes traitées par l'empyème.

Traitement de la péricardite aiguë chez les enfants. — Ce que nous avons dit au sujet du traitement de la péricardite chez l'adulte peut s'appliquer à l'enfant. Les médicaments seront les mêmes mais ils seront naturellement employés à doses plus faibles, proportionnelles à l'âge de l'enfant.

La digitale devra être prescrite suivant les indications fournies par Jules SIMON.

La teinture alcoolique sera donnée à la dose de :

V à X gouttes de 1 à 3 ans
X à XV gouttes de 3 à 5 ans

suspendues au bout de deux à trois jours.

Le sirop de digitale sera pris à la dose de :

1 à 3 cuillerées à café de 2 à 5 ans
5 id après 5 ans

L'infusion de poudre de feuilles sera ordonnée suivant l'âge à la dose de 0,05 à 0,20 centigrammes dans 100 grammes d'eau.

Au lieu de la ponction WEILL recommande, dans la péricardite avec épanchement, l'incision large du péricarde. Les résultats de cette intervention varient suivant les auteurs. Les uns signalent des cas de guérison (ROSENSTEIN, WEST, DICKINSON). D'autres au contraire ont noté des morts subites après l'incision (ASHBY, PARKES).

Recherches histologiques sur les altérations du sang dans l'intoxication expérimentale par l'acide carbonique. — Contribution à l'étude de la genèse des cellules éosinophiles,

PAR MM.

G. Carrière, Professeur agrégé des Facultés de médecine Chef du laboratoire des cliniques à la Faculté de Lille

ET

P. Bournoville, Préparateur au laboratoire des cliniques de la Faculté de Lille

Travail du Laboratoire des Cliniques

Dans nos recherches sur la valeur séméiologique des cellules éosinophiles dans l'expectoration des tuberculeux, nous avons insisté sur ce fait que, chez les phtisiques, *les cellules éosinophiles sont d'autant plus nombreuses que la dyspnée est plus intense.*

Nous avons même observé un cas de tuberculose pulmonaire à accès asthmatiforme, où les crachats

renfermaient un nombre considérable de ces éléments cellulaires.

Partant de cette constatation, nous avons pu nous convaincre que, chez les dyspnéiques en général, les crachats renferment toujours un nombre relativement élevé de cellules éosinophiles.

Nous avons donc été amenés à penser que l'éosinophilie était peut-être en rapport avec l'intoxication par l'acide carbonique accumulé dans le sang par le fait d'une hématose imparfaite, d'une anhématose.

Nous avons donc, en conséquence, entrepris une série d'expériences destinées à élucider cette question.

Technique. — Nous n'avons expérimenté que sur le lapin. Les animaux étaient placés dans une étuve hermétiquement close où arrivait le gaz qui se dégageait d'un mélange de carbonate de chaux et d'acide sulfurique.

L'opération se poursuivait pendant un temps variable jusqu'à ce que l'animal fût sur le point d'asphyxier.

L'examen du sang était fait avant l'expérience, puis à plusieurs reprises dans le cours même de l'opération.

Le sang était retiré par piqûre de la veine auriculaire. On le recueillait sur lame et on l'étalait sur des lames soigneusement décapées. Les frottis étaient fixés par l'alcool et l'éther.

Comme coloration nous avons employé l'hématoxyline acide éosine d'Ehrlich, le biondi, mais surtout l'éosine et la thionine phéniquée.

Résultats obtenus. — Au bout d'un laps de temps qui dépasse vingt minutes, on constate dans le sang les modifications suivantes :

Les globules rouges conservent leurs formes et leurs dimensions normales : ils semblent néanmoins plus excavés en leur centre. Ils ne sont nullement cribriformes, nullement crénelés.

La proportion d'hémoglobine est moins élevée, les hématies sont bien moins énergiquement colorées par l'éosine, qu'au début de l'expérience.

Le nombre des globules blancs est considérablement augmenté, mais ce sont leurs réactions histochimiques qui sont considérablement modifiées.

Le nombre des leucocytes polynucléaires l'emporte sur celui des mononucléaires, tandis qu'avant l'expérience c'était le contraire.

Ces polynucléaires se présentent sous deux aspects : Leur contenu protoplasmique est homogène ou granuleux : c'est ce dernier type qui domine.

Ces granulations protoplasmiques sont éosinophiles, basophiles, neutrophiles.

Ce sont les éosinophiles qui dominent : leur nombre a augmenté dans des proportions énormes, comme le prouve le tableau suivant :

	AVANT	APRÈS	MARCHE DE L'EXPÉRIENCE
Lapin I. ...	0.8 %	33.2 %	Lente
» II....	1.2 %	27.8 %	Aiguë
» III ...	0.7 %	40.3 %	Lente
» IV....	1.1 %	38. %	Lente
» V	1.5 %	42.5 %	Lente

Il est bien entendu que nous ne considérons ici que les vrais leucocytes éosinophiles à grosses granulations réfringentes. Nous ne nous sommes point occupés des cellules à noyau polymorphes renfermant de très fines granulations éosinophiles, cellules qui, au dire de certains auteurs, abondent dans le sang du lapin. Ces granulations βE ont les mêmes propriétés que les éosinophiles α, mais s'en distinguent par leur affinité plus grande pour l'induline, par ce fait qu'après l'action de la chaleur elles ne se colorent plus que fort mal.

Nous avons donc soigneusement écarté cette cause d'erreur et nous ne nous sommes occupés que des vrais éosinophiles, ne faisant nos numérations que sur les préparations colorées par l'éosine à l'alcool 95°. Dans ce cas on sait, en effet (Schwarze, Malassez) que seuls les vrais grains éosinophiles se colorent énergiquement.

Nous avons donc constaté qu'après un certain temps d'intoxication par le CO^2 le nombre des leucocytes éosinophiles augmente dans des proportions étonnantes.

Ces leucocytes éosinophiles sont tantôt polynucléaires, tantôt mononucléaires, mais le plus grand nombre présentent deux noyaux cylindroïdes, rattachés l'un à l'autre par un filament chromatique. Les noyaux sont fort mal colorés, ils tranchent parfois sur le fond rouge des granulations, par un aspect quasi réfringent (ceci se voit surtout après coloration au bleu de méthylène).

Les grains éosinophiles sont réguliers, également répartis dans les leucocytes. On ne trouve que de rares grains libres.

Après les leucocytes éosinophiles viennent les leucocytes basophiles. Ceux-ci sont généralement mononucléaires. Leurs granulations sont moins nettement

circonscrites, plus irrégulièrement distribuées dans le protoplasma.

Puis on trouve en nombre moins considérable encore des leucocytes neutrophiles, généralement polynucléaires, à très fines granulations.

II. — Quand l'intoxication est presque complète et l'asphyxie proche, les altérations sont tout à fait différentes.

Les hématies sans se déformer ne présentent presque plus d'affinité pour l'éosine : elles sont donc très pauvres en hémoglobine.

Les leucocytes sont aussi nombreux qu'au milieu de l'expérience, mais leurs réactions histo chimiques sont un peu différentes.

Ici le protoplasma des leucocytes ne renferme plus de granulations : il est exceptionnel de trouver de rares leucocytes éosinophiles ou basophiles ou neutrophiles. Le protoplasma est toujours homogène, imprégné en masse par les colorants acides basiques ou neutres : il semble qu'il se soit produit une véritable dissolution de granulations précédemment décrites.

Ce qui domine ici encore, ce sont les leucocytes à protoplasma éosinophile, puis les leucocytes neutrophiles, puis enfin les leucocytes basophiles. Dans tous les cas, leurs noyaux sont mal colorés, imprégnés en masse, sans qu'il soit possible de distinguer le réseau chromatique. Leurs contours sont mal limités, il semble que le noyau, comme les granulations, tombe en déliquescence.

En résumé, dans un premier stade de l'intoxication par l'acide carbonique on note :

1° Une perte en hémoglobine chez les hématies ; 2° l'augmentation du nombre des leucocytes ; 3° l'éosinophilie.

Dans un second stade :

1° La perte en hémoglobine des hématies ; 2° l'imprégnation en masse du protoplasma des leucocytes par les réactifs colorants acides, basiques ou neutres, par suite de la fusion, de la fonte des grains protoplasmiques ; 3° l'éosinophilie persistante mais sans granulations.

De ceci, il nous semble résulter qu'il y a un rapport direct entre la perte en hémoglobine des hématies et l'éosinophilie.

Nous devons avouer que nous ne saurions considérer les grains éosinophiles comme des grains chargés d'hémoglobine non modifiée. En effet, un lavage à l'eau prolongé qui dissout l'hémoglobine des hématies ne dissout point les grains éosinophiles ; un lavage à l'alcool au 1/3 ne dissout point non plus ces granulations.

Malgré tout, nous sommes portés à croire qu'il y a un rapport entre la perte en hémoglobine et l'éosinophilie. Les grains éosinophiles présentent en effet les réactions histo-chimiques du fer comme l'ont observé Barkett, Lœwit, Saccharoff, Tattenheimer, comme nous l'avons nous-mêmes constaté à l'aide du sulfocyanure d'ammonium.

Ce qu'il nous est permis de conclure, c'est que l'intoxication par l'acide carbonique, l'excès de CO^2 dans le sang, est un des facteurs de l'éosinophilie.

Ceci nous fournit l'explication des éosinophilies consécutives aux dyspnées, peut-être de celle de l'asthme.

Ces recherches nous permettent de penser aussi que les granulations éosinophiles pourraient bien être, comme le pensait Gulland, des produits de l'activité protoplasmique et correspondre à un état modifié des microsomes.

Mais ici nous touchons à la question de la structure intime du protoplasma que nous ne saisissons pas suffisamment encore, que l'avenir nous apprendra peut-être à mieux connaître.

Clinique Médicale de la Charité

Service de M. le Professeur COMBEMALE

Manifestations urétrales de l'hystérie mâle

par le docteur **Ingelrans** et **Brongniart**, étudiant

On n'ignore pas que l'hystérie est capable de donner le change au médecin en matière d'affections où son intervention paraissait le moins probable. Si, pour nombre de maladies, comme la coxalgie, la méningite, les faits de confusion abondent, il n'en est pas de même en ce qui concerne les lésions de l'urètre et de la vessie ; aussi n'est-il pas superflu de résumer ici l'observation d'un garçon de 19 ans chez qui l'hystérie a simulé un calcul vésical au point d'amener une erreur de diagnostic heureusement facile à réparer.

Léon D..., terrassier, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 13, le 28 novembre 1898. Il y est amené pour des douleurs violentes qu'il éprouve au moment de la miction. Cela a débuté, il y a environ huit mois et d'une façon brusque. Il était en excellente santé lorsqu'un matin,

il s'aperçut qu'il ne pouvait uriner et les efforts qu'il fit dans ce but amenèrent de légères douleurs. Rien de particulier n'avait eu lieu dans les jours précédents; ni émotion, ni fatigue exceptionnelle, ni excès d'aucun genre. Le réveil s'était produit comme d'habitude, et grande a été la surprise du malade quand il a vu qu'il ne pouvait pas pisser.

A partir de ce jour, il ne souffrit de rien dans l'intervalle des mictions, mais chaque fois qu'il voulait vider sa vessie, le début était fort douloureux. Il resta dans cet état pendant plusieurs mois, puis se décida à aller consulter successivement deux médecins qui le sondèrent. Il retira du cathétérisme un bénéfice immédiat, mais de courte durée, car quelque temps après il se présenta à la consultation de l'hôpital.

Ses parents et ses six frères et sœurs sont bien portants. Le père, grand alcoolique, est très nerveux et fort impressionnable, la mère beaucoup moins. Ce garçon n'a jamais eu aucune affection des organes génitaux. Quand il eut pour la première fois les douleurs que nous avons dites, le bout de la verge était sensible : cela n'a plus jamais reparu. Actuellement, chaque miction s'accompagne d'une sensation très pénible dans la région du périnée antérieur.

Il y a parfois des rémissions de une ou deux journées, jamais plus : les jours suivants, les douleurs reparaissent de plus belle et avec une fréquence exagérée. Les besoins d'uriner deviennent aussi plus nombreux et l'obligent à se lever 4 à 5 fois la nuit.

Etat actuel : Garçon de forte constitution et de santé robuste. Les appareils circulatoire, respiratoire et digestif sont normaux. Il a de temps en temps des céphalées violentes qui disparaissent quand il n'y pense plus (*sic*).

La vue est quelquefois troublée, et le malade prétend que du côté gauche il distingue moins nettement les objets C'est le contraire pour l'ouïe, qui serait diminuée à droite.

Depuis trois semaines, la céphalalgie est revenue et l'ennuie beaucoup. On ne trouve pas d'hypéresthésie du cuir chevelu.

Les réflexes pharyngien et cornéen sont totalement abolis; les autres réflexes sont normaux (tendons, pupille).

Il existe des altérations marquées de la sensibilité, surtout au membre inférieur droit,où siège une anesthésie complète pour tous les modes de sensibilité, disposée en une large bande du trochanter à la cheville (face externe de la cuisse et de la jambe). Le membre opposé n'est nullement anesthésique. Au bras droit, léger retard dans la perception de la piqûre d'une épingle. Aucune anesthésie plantaire, ni palmaire. Il n'y a jamais eu de douleurs lancinantes dans les jambes. Motilité tout à fait normale. Ni sucre, ni albumine dans les urines qui ont leur couleur et leur densité habituelles.

Le malade passe dans le service de chirurgie de M. le professeur Dubar. Le cathétérisme de l'urètre détermine une légère douleur, suivie rapidement d'un grand bien-être. La sonde n'indique pas d'obstacle : elle passe aisément. La vessie ne contient aucun corps étranger.

Ceux qui avaient vu ce garçon jusqu'alors avaient porté le diagnostic de calcul vésical probable. A partir de ce moment, on en vient à l'idée d'hystérie et on administre le bleu de méthylène à titre de médicament psychique. Au bout de huit jours, la guérison est presque complète et se maintient depuis lors.

Cette observation a son intérêt en elle-même et non dans les commentaires variés dont on pourrait l'accompagner. Il faut, à coup sûr, éliminer l'hypothèse d'une lésion organique ; il faut aussi mettre de côté la simulation. Ce malade a demeuré assez longtemps dans la salle pour qu'on ait pu l'examiner à l'aise et constater qu'il disait vrai. Une conviction de ce genre ne se démontre pas : qu'il suffise de dire que tout faisait croire à la sincérité de ce garçon. Dans ces conditions, c'est l'hystérie ou la neurasthénie qu'on devait incriminer.

La neurasthénie est riche en manifestations du côté de l'appareil urinaire. M. Janet les a bien mises en lumière dans son travail sur les *troubles psychopathiques de la miction* (1890).

Mais les neurasthéniques vésicaux et urétraux sont des gens obsédés de leur appareil urinaire : l'attention continue qu'ils lui appliquent est cause de la localisation qui s'établit de ce côté. Ils s'occupent trop de leur vessie pour que celle-ci continue à bien marcher, à la façon de ceux qui, réfléchissant trop à l'orthographe d'un mot, finissent par l'écrire mal ; à la façon aussi de ceux qui, en matière génitale, n'aboutissent à rien, sûrs d'avance d'un échec. Tout ce qu'on a écrit sur les troubles vésicaux des névropathes (hystériques à part) aboutit à cette conclusion : la vessie fonctionne anormalement, parce que le cerveau intervient trop dans son fonctionnement.

Notre malade n'est pas à ranger dans cette catégorie : il ne songeait à rien quand sa vessie et son urètre se mirent à aller mal. Rien n'attirait son esprit de leur côté.

On répondra que les troubles hystériques sont commandés par une idée qui est relative au point où ils se portent ; que par exemple une paralysie du bras survient à l'occasion d'une légère blessure, d'un rêve dans lequel ce bras entrait en jeu,etc.Cela est vrai dans certains cas, cela est faux pour beaucoup. En fait, nombre d'hystériques font des localisations qu'on est maintes fois dans le plus grand embarras d'expliquer.

On trouve, chez ce garçon, des anesthésies cutanées, des céphalées sans cause, un réflexe cornéen tout à fait aboli ; la suggestion thérapeutique l'a guéri. On

est donc en droit de mettre au compte de l'hystérie ce qu'il a présenté. La vessie se paralyse, dans cette névrose, comme les autres muscles ; sa sensibilité peut s'exalter ou s'émousser, etc. Le traité de GILLES DE LA TOURETTE en cite des exemples probants. Mais ici, l'urètre paraît avoir été le siège des douleurs : peu de faits similaires ont été observés. BOYD a rapporté l'histoire d'un homme de vingt-deux ans chez qui le passage de la sonde urétrale amenait le sommeil hypnotique (*Medical Record*, 18 février 1893). GUINON a vu un hystérique méconnu entrer chez GUYON pour des accidents vésicaux. Quand on cherchait à pratiquer le cathétérisme, la pression de la sonde sur l'urètre postérieur déterminait une attaque convulsive : il existait une zone hystérogène très nette de la muqueuse urétrale ; elle vint ensuite se fixer sur la muqueuse vésicale : la sonde passait sans rien produire, mais l'arrivée d'eau boriquée dans la vessie donnait une attaque. Plus tard, ce sujet entra à la Salpêtrière pour des accidents hystériques confirmés.

Enfin, GILLES DE LA TOURETTE (*Traité de l'hystérie*, tome III, page 413), a vu en 1893, à Cochin, un homme de quarante-six ans qui, au cours de manifestations hystériques multiples, présenta de la contracture, du spasme de l'urètre. En 1870, il avait eu une paraplégie avec contracture qui dura quatre mois, avec une incontinence d'urine persistant encore deux mois après. En 1876, série d'attaques convulsives. En 1886, léthargie de six semaines ; il en sortit avec une parésie des membres inférieurs à forme de pseudo-tabes, avec douleurs fulgurantes et incoordination complète. Considéré comme incurable, il resta dans cet état trois ans. En 1889, tout disparut et il alla à Paris, faisant quinze lieues par jour. En mai 1892, rétention d'urine de trois jours ; il urine dans un bain chaud. Le lendemain, nouvelle rétention ; on ne peut le sonder, on croit à un double rétrécissement. *Urétrotomie externe suivie d'une fistule*. En 1893, manifestations multiples ; il urine bien, mais parfois, pendant cinq minutes, il est pris de rétention. Il souffre beaucoup à ce moment, a une sorte de crise à départ vésical ; tout à coup, le jet sort large, comme si on dénouait les cordons d'une bourse.

Ces quelques faits sont assurément disparates, mais ont quelque parenté avec le nôtre. Disons enfin que si, dans ce dernier, on a fait un diagnostic convenable et si on n'a pas pu broyer un calcul imaginaire, dans celui de GILLES DE LA TOURETTE, un rétrécissement non moins imaginaire a été l'objet d'une intervention chirurgicale tout à fait intempestive.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. RECLUS partage l'avis de M. DIEULAFOY au sujet de l'intervention précoce dans le traitement de l'appendicite.

— M. DIEULAFOY insiste sur les accalmies traîtresses de l'appendicite.

Société de Chirurgie. — M. DELBET est d'avis que le capitonnage des kystes hydatiques du foie constitue un traitement plus rationnel que la marsupialisation.

Société médicale des Hôpitaux. — M. RENDU a observé plusieurs cas de pleurésie putride causés par des microbes anaérobies. Les lavages au permanganate ont donné d'excellents résultats, grâce à leur pouvoir oxydant énergique.

Société de Biologie. — MM. VAQUET et BOUSQUET. Le titre des solutions salines employées en injection doit varier suivant les affections que l'on veut combattre.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Février 1899

Présidence de M. le docteur LOOTEN, *vice-président*.

Kyste hydatique du foie. Traitement chirurgical

M. Lambret présente un malade du service de M. le Professeur FOLET, chez lequel s'est développé un kyste volumineux du foie.

« Il y a trois mois environ, cet homme éprouva de vagues douleurs s'irradiant dans tout l'abdomen, mais surtout localisées au niveau du creux épigastrique ; à la même époque survint une névralgie de l'épaule droite, qui dura quinze jours, et une petite tumeur vint faire hernie à la région antéro-externe de l'abdomen. Dans les premiers jours de janvier, le malade entre à l'hôpital, mais, très pusillanime, il sort peu après, par crainte de l'intervention chirurgicale. Il vient de rentrer dans le service, décidé à se faire opérer. Depuis un mois, la tumeur a grossi énormément. Elle fait saillie sous la paroi abdominale ; elle est dure, rénitente, émane nettement du foie qui est hypertrophié ; la palpation n'est pas douloureuse et ne décèle ni fluctuation, ni frémissement. Je n'ai pu relever aucun autre symptôme : pas d'ictère, pas de dyspepsie, pas d'anorexie spéciale. La digestion se fait

normalement. L'étiologie est aussi très obscure. En dehors de quelques accès de fièvres paludéennes, contractées en Algérie, je n'ai relevé aucun antécédent héréditaire ou personnel. Pour être complet, il me reste à dire qu'on a fait une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz, qui s'est remplie de liquide clair. Si je vous présente ce malade, bien que son kyste ne présente au total rien d'anormal, c'est que M. Folet compte pratiquer sur lui une opération à la mode aujourd'hui, le capitonnage, opération qui consiste à évacuer le kyste, le suturer à ses propres parois, puis à refermer complètement l'abdomen ; après cette intervention, les parois du sac s'accolent l'une à l'autre et se rétractent peu à peu, tandis que l'ancien mode opératoire, la marsupialisation, beaucoup plus long, amenait fréquemment de la suppuration et des fistules longues à guérir.

M. Ausset demande pourquoi l'on n'a pas recours dans ce cas au traitement médical, c'est-à-dire à la ponction du kyste et l'injection d'un liquide antiseptique, la liqueur de Van Swieten, par exemple.

M. Lambret préfère ici le traitement chirurgical à cause de la plus grande certitude de succès et aussi à cause du siège du kyste. Ce kyste étant développé tout à fait à la région antéro-externe est immédiatement appliqué contre la paroi abdominale sans aucune interposition de lame hépatique. Dans ce cas on peut donc l'atteindre facilement ; dans le cas contraire, lorsqu'il y a une interposition de tissu hépatique entre la paroi abdominale et le kyste, il vaut mieux se contenter du traitement médical que cite M. Ausset.

M. Charmeil appuie, pour les mêmes raisons, l'intervention chirurgicale.

M. Moty. — En effet je crois, comme M. Lambret, que ce kyste hydatique doit être traité chirurgicalement : Il fait saillie dans l'abdomen, n'est pas recouvert par un lobe du foie. Aussi, dans ce cas, parviendra-t-on directement sur le kyste, après avoir déchiré les replis épiploïques. Il sera facile alors de ponctionner le kyste et d'en évacuer tout le liquide de la poche. Mais je crois dangereux de vouloir extirper complètement la paroi du kyste, à cause des abondantes hémorrhagies qui peuvent survenir. On doit se borner, selon moi, à ouvrir largement la poche, la suturer à l'abdomen en laissant un gros drain. Quant à la plaie pariétale, on la referme le plus possible et, plus tard, s'il y a éventration, s'il y a fistule, il est facile d'intervenir, sans aucun danger, et de restaurer complètement la paroi.

M. Lambret. — C'est justement pour éviter les fistules et l'éventration probable que nous nous proposons d'employer le capitonnage : d'après la discussion de la *Société de chirurgie de Paris*, cette méthode serait plus sûre et plus rapide que la méthode classique.

M. Combemale s'informe si ce procédé ne nécessite aucun curettage de la paroi du kyste, pour évacuer les vésicules filles

M. Lambret ne le croit pas nécessaire. Ce serait même dangereux à cause des hémorrhagies profondes susceptibles de se produire. Dans les cas rapportés à la *Société de chirurgie de Paris* et suivis de guérison, on n'a pas fait de curettage de la paroi et pourtant la guérison s'est maintenue. Ce procédé opératoire semble donc préférable à ce procédé classique et M. le professeur Folet compte l'expérimenter sur ce malade et je vous le représenterai plus tard, après l'opération.

Sur deux cas de gomme syphilitique primitive de la base de la langue

M. Gaudier résume deux observations de gomme syphilitique primitive de la base de la langue. Dans le premier cas il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, syphilitique depuis 6 ans et traitée dans différents hôpitaux de Belgique et de Hollande. Au mois de mai 1898, sa voix devint sourde, elle éprouva une certaine gêne à la déglutition ; elle vit un médecin au mois de novembre. Celui-ci n'ayant rien constaté par le simple examen de la bouche, l'envoya à la clinique avec le diagnostic probable de *tuberculose du larynx*.

A l'examen laryngoscopique on constate l'existence d'une ulcération, de la grandeur d'une pièce de un franc, au niveau du sillon glosso-épiglottique ; les bords de cette ulcération sont nettement découpés à pic, le fond est grisâtre. Il existe en plus de la rougeur diffuse de l'épiglotte et du pharynx, les mouvements de la langue ne sont pas douloureux, *il n'y a pas de ganglions*. L'état général est bon, pas de lésions pulmonaires. On porte le diagnostic de gomme syphilitique et la malade est soumise au traitement intensif (injection d'huile grise et médication iodurée). La dysphagie disparut rapidement et en trois semaines tout était cicatrisé.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 52 ans, syphilitique depuis 17 ans et qui vient consulter pour de l'enrouement et de la dysphagie ; à la base de la langue existait une tuméfaction indurée médiane de

la grosseur d'une noisette, surmontée d'une ulcération profonde, taillée à l'emporte-pièce, sanieuse, non saignante, de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes, il existait de l'œdème de l'épiglotte, *mais aucun engorgement ganglionnaire*. Sous l'influence du traitement spécifique, l'ulcération disparut en un mois et demi.

Ces deux observations sont intéressantes, en raison de la rareté de la lésion et de la difficulté de diagnostic, l'attention étant plutôt attirée vers le larynx que vers la langue. Je crois que le diagnostic différentiel s'impose, par suite de la forme de l'ulcération, des caractères d'indolence locale, du peu de gêne apporté aux mouvements de la langue, et surtout par ce fait qu'*il n'y a pas de ganglions* et que l'état général est bon. De plus la constatation de lésions spécifiques concomitantes éclairera encore mieux le diagnostic.

M. Charmeil croit devoir faire une restriction aux affirmations de M. Gaudier. 1° L'absence d'induration de la base de la langue est un bon signe différentiel, mais il ne faut pas s'en exagérer la valeur et dans la glossite gommeuse on trouve parfois de véritables indurations profondes. 2° Ce n'est pas non plus l'existence d'une adénopathie qu'il faut rechercher, mais l'état de cette adénopathie. Les gommes syphilitiques ne s'accompagnent pas d'ordinaire d'engorgements ganglionnaires concomitants, mais il peut survenir une infection secondaire qui sera le point de départ d'une adénopathie. 3° La dysphagie par contre est un symptôme très important qui se présente à toutes les périodes de la syphilis ; de plus les ulcérations syphilitiques peuvent cesser d'être indolores par suite d'infection secondaire. Ainsi, j'ai eu l'occasion de voir dans le service de M. Fournier un homme de 75 ans dont la langue, en grande partie détruite, était représentée par un moignon fongueux, purulent et douloureux, je me rappelle que M. Fournier lui-même ne put poser un diagnostic différentiel entre gomme syphilitique et épithélioma lingual. Cette courte observation démontre bien que le diagnostic différentiel n'est pas toujours aussi aisé que pourrait le faire croire la communication de M. Gaudier.

M. Noquet croit que l'existence de ganglions dans les glossites gommeuses n'est pas un fait excessivement rare, et il cite à l'appui de sa thèse deux observations tirées de sa clientèle privée ; de plus il a constaté que souvent ces gommes syphilitiques dégénèrent et font place à de l'épithélioma de la région.

M. Moty, après avoir rappelé une observation publiée par Fournier, se range à l'avis de M. Noquet et est convaincu que la gomme syphilitique linguale est une prédisposition à l'épithélioma.

M. Combemale remarque que le diagnostic entre épithélioma et syphilis de la base de la langue est toujours épineux, sinon difficile, et que parfois l'un est greffé sur l'autre. Dans ce cas, lequel des deux processus a commencé ? Ne peut-on penser qu'en raison du fait bien connu de l'appel de l'irritation pour les déterminations syphiliques, l'épithélioma peut précéder la syphilis, ce qui est d'accord du reste avec les cas de dégénérescence prétendue en épithélioma ou les cas où la gomme guérie, la biopsie a montré l'épithélioma sous-jacent ?

M. Gaudier. — Dans bien des cas il est impossible de répondre d'une façon sûre et de poser un diagnostic différentiel précis. C'est pourquoi l'on commence toujours par soumettre le malade à un traitement ioduré. En somme, bien des fois, comme vient de le dire M. Looten, la nature du mal nous est révélée par le succès de la thérapeutique employée.

M. Moty n'admet pas que l'action de l'iodure et de la médication mixte puisse aider au diagnostic, car il a vu souvent des épithéliomas de la langue s'améliorer en grande partie par le traitement spécifique, mais qui bientôt ont repris leur évolution fatale et rapide.

VARIÉTÉS

Double pénis

M. Keppel, dans le *New-York Medical Journal* (12 novembre 1898), relate un cas curieux de double pénis intéressant non seulement par la malformation mais surtout par les réflexions de l'auteur.

M. Keppel eut un jour à donner ses soins à une jeune fille de trente-trois ans, de complexion amoureuse. Comme elle était sur le point d'accoucher, M. Keppel lui demanda, en plaisantant, quel était le père de l'enfant qui allait naître. La malade répondit qu'elle n'en savait trop rien, qu'elle avait eu des relations avec deux jeunes gens qu'elle aimait beaucoup, mais cet amour se balançait si bien qu'elle ne pouvait se résoudre à choisir celui qui l'épouserait.

Quelques heures après, cette jeune fille accouchait d'un enfant pesant neuf livres, très bien conformé, sauf qu'il avait deux pénis distincts et très bien développés.

L'enfant a maintenant douze ans. Il a toujours ses deux pénis. Le droit sert uniquement à l'émission de l'urine. Le gauche est seul capable d'érection, après excitation.

L'auteur se demande anxieusement ce qui serait arrivé, si

la mère avait eu trois amants au lieu de deux... et si l'enfant avait eu trois pénis, à quoi aurait bien pu lui servir le troisième ? G. P.

Y a-t-il avantage pour un médecin à remplacer ses chevaux et sa voiture par un tricycle à pétrole ? Grave question susceptible d'ailleurs de solutions multiples dépendant d'une foule de circonstances.

Dans la Revue du Touring club de France, le Dr Léon Petit avait fait un éreintement aussi humoristique que complet de la machine à la mode. Une lettre du Dr Boulles du Buis parue dans le dernier numéro du même recueil montre avec chiffres à l'appui les avantages considérables, d'après lui, de la traction mécanique avec tricycle de 1 cheval 3/4 sur les chevaux et voitures. De la conclusion du bilan comparatif détaillé que fournit notre confrère, il résulte ceci : d'une part achat de 2 chevaux et de 2 voitures et harnais 3,300 francs.

Dépenses multiples d'entretien annuel 2,400 francs.

D'autre part pour le tricycle, achat 1,250 francs, d'occasion, il est vrai. Mais pour 1,500 à 1,700 fr. on en aurait un neuf de première qualité.

Entretien 732 francs auxquels il convient d'ajouter 150 francs pour 20 jours de l'année où, par suite du mauvais temps, le Dr Boulle a été contraint de louer pour ses visites un cheval et une voiture. Soit 882 francs.

Notre confrère a fait 20,000 kilomètres dans des chemins épouvantables, sans jamais avoir eu d'avaries graves.

Voilà un document intéressant à enregistrer pour l'éclaircissement d'une question excessivement importante pour nos confrères de la campagne.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Malgré les mesures de sécurité adoptées par l'Administration de la guerre, des accidents se sont produits, à diverses reprises, à la suite de distribution de viandes de conserves faites aux troupes.

Pour arriver à déterminer rigoureusement les causes de ces accidents et prendre les mesures propres à en empêcher le retour, le ministre de la guerre a constitué une commission composée de MM. les docteurs Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Kelsch, Vaillard ; MM. Duclaux, Moissan et Trasbot, de l'Institut; Bousson, pharmacien-major; Raizon et Jasseron, du corps de l'intendance ; Courbebaisse et Feldmann, colonels.

L'Ordre des Médecins

Pour être tardive, la nouvelle suivante n'en a pas moins son importance :

« Les Médecins de la Seine-Inférieure, assemblés en réunion plénière le 30 octobre 1898, pour émettre un avis sur l'opportunité de la création d'un ordre de médecins,

» Considérant qu'un ordre de médecins ne peut être viable qu'à la condition d'enrôler de gré ou de force tous les médecins ; 2° que cet enrôlement forcé est absolument contraire aux mœurs médicales et porte atteinte à la liberté individuelle ; 3° que la défense des intérêts moraux et matériels de la corporation peut être assurée par les Sociétés déjà existantes,

» Ont émis un vœu défavorable à la création d'un ordre de médecins.

» Ils se sont au contraire associés complètement aux vœux émis par le professeur Pinard, à l'Assemblée générale des Médecins de France, à savoir :

» *a*) La réforme des expertises médico-légales ;

» *b*) La réforme du Code pénal rendant impossible, désormais, l'arrestation préventive d'un médecin accusé d'une faute dans l'exercice de ses fonctions avant qu'il y ait eu expertise contradictoire. »

UNIVERSITÉ DE LILLE

La Faculté de Médecine de Lille a procédé, le 9 courant, à l'élection de son doyen pour 1899-1901. A l'unanimité des voix, un bulletin blanc excepté, M. de Lapersonne a été réélu. M. Combemale, par 22 voix contre 3 bulletins blancs et 2 voix à M Castiaux, a été présenté en seconde ligne.

L'absence de compétitions, en cette circonstance, est à retenir et les résultats font le plus grand honneur aux élus comme aux électeurs.

— Les vacances à l'occasion des jours gras ont été fixées par le Conseil de l'Université, au lundi 13 et mardi 14 février.

— M. le Docteur Gentit, directeur du service de santé du 1er Corps, vient d'être nommé sur place Médecin inspecteur ; nous adressons nos bien vifs compliments au nouveau directeur.

— Par décret du 29 janvier 1899, de nombreuses promotions viennent de se produire dans le service de santé militaire (cadre de réserve et de l'armée territoriale). Nous y relevons les promotions suivantes, intéressant le corps médical de notre région :

Sont nommés dans l'armée territoriale : *Médecin-major de 1re classe*, M. le professeur Wertheimer, de Lille ;

Médecin-major de 2e classe : MM. les docteurs Breynaert, de Dunkerque ; Monnier, de Douai ; Goethals, de Rosendaël (Nord) ; Thiroux, de Saint-Amand ; Lancry, de Dunkerque ;

Médecin aide-major de 1re classe : MM. les docteurs Combemale, de Lille ; Moulonguet, d'Amiens (Somme).

Sont nommés dans l'armée de réserve : *Médecin aide-major de 1re classe* : MM. les docteurs Houel, de Marle (Aisne); Patou, de Lille ; Desoil, de Lille ; Gallois, de Lille.

— Par décision ministérielle en date du 1er février 1899, ont été nommés pour l'emploi de médecin-chef à l'hospice mixte d'Arras, M. le docteur Hocquard, médecin principal de 2e classe.

Pour le 147e d'infanterie, à Rocroy-Givet (Ardennes) : M. le docteur Favier, médecin-major de 2e classe ; pour le 4e cuirassiers, à Cambrai : M. le docteur Manoha, médecin-major de 2e classe.

M. le docteur ARNOULD quitte le 43e de ligne, à Lille, pour le 1er tirailleurs algériens.

— Parmi les thèses dignes d'une récompense, la Faculté de médecine de Paris a distingué celle de M. le docteur VANVERTS, à qui une médaille a été attribuée pour son travail original sur la *splénectomie*. Cette distinction se passe de tout éloge.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. P.-J. E. CASSIN, de Lagnieu (Ain), externe des hôpitaux, a soutenu, le lundi 30 janvier 1899, sa thèse de doctorat (5me série, no 111), intitulée : **De la cystotomie sus-pubienne d'emblée dans les rétrécissements compliqués** de l'urètre.

M. G.-E. DUVAL, de Lille (Nord), externe des hôpitaux, ancien aide de clinique obstétricale, a soutenu, le jeudi 2 février, sa thèse de doctorat (5me série, no 112), intitulée : **De la morbidité et de la mortalité dans le service d'accouchements de l'hôpital de la Charité.**

ÉLECTION

Académie des Sciences. — M. ROUX, sous-directeur de l'Institut Pasteur, a été élu membre titulaire dans la section d'économie rurale.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Paris. — La Faculté de Médecine de Paris a réélu par 49 voix sur 52 votants, M. le professeur BROUARDEL comme doyen, et le Conseil de l'Université a ratifié ce choix.

Lyon. — M. SIRAUD, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie topographique.

Nancy. — M. FRŒLICH, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie externe.

Tours. — M. BARNSBY, professeur d'histoire naturelle, est nommé directeur de l'Ecole.

Distinctions honorifiques

M. Georges AMIGUES, étudiant en médecine à Reims, a obtenu une mention honorable pour sauvetage d'un homme sur le point de se noyer.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs MOURSOU, de Toulon (Var) ; PALISSE, de Sainte-Foix de Belvès (Dordogne) ; MORAND, médecin principal en retraite ; LISLE, de Paris ; MOUGINS, de Roquefort de la Lamberte (Alpes-Maritimes) ; MERCIER, préparateur de physique à la Faculté de médecine de Paris ; CHARNAU, de Vichy (Allier) ; JEAUDET, bibliothécaire de la ville de Lyon ; BRÈTHES, de Paris ; THOMAS, de Reims (Marne), ancien député ; SÈVRES, d'Auch (Gers) ; GUORGUAS, de Quillan (Aude).

MM. les professeurs SOCIN, de chirurgie, à Bâle ; VLACOVITCH, d'anatomie, à Padoue ; J. COATS, de pathologie, à Edimbourg.

M. JAÏS, interne des hôpitaux d'Alger, mort du typhus contracté au chevet des malades

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

5e SEMAINE DU 29 JANVIER AU 4 FÉVRIER 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	2
3 mois à un an	6	5
1 an à 2 ans	2	5
2 à 5 ans	2	1
5 à 10 ans	1	3
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	5	4
40 à 60 ans	5	3
60 à 80 ans	12	8
80 ans et au-dessus	»	3
Total	40	38

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS																			Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	de 2 à 5 ans	plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide			
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	4	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	4	9	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	2	»	»	»	»	1	1	»	»	4	12	32
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	9	16	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	1	»	»	1	»	»	1	»	»	2	9	9
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	»	»	»	3	7	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	2	10	20
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	8
Total	»	»	»	»	1	2	»	»	15	3	5	»	»	12	3	1	5	»	»	31	78	142

N° 110. Troisième Année, N° 8. Le Numéro : **10** centimes. 19 Février 1899

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La maladie hémorrhoïdaire

par le docteur **E. Dupré,**
Professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris

(Leçon du concours d'agrégation 1898)

MESSIEURS,

Le titre de la question que j'ai à traiter devant vous peut sembler, surtout à ceux d'entre vous qui sont encore au début de leurs études médicales, quelque peu étrange : et cette sorte de surprise provient sans doute de ce qu'un tel titre ne vous rappelle aucune des dénominations littérales de la table des matières des traités de pathologie. Le terme d' « hémorrhoïdes » est celui qui vient de suite à votre esprit, et peut-être plusieurs d'entre vous sont-ils tentés de considérer comme équivalentes ces deux expressions : *hémorrhoïdes* et *maladie hémorrhoïdaire*.

Il y a pourtant, à mon avis, une distinction fondamentale entre ces deux manières d'intituler et de comprendre la question.

Si j'étais chirurgien, et que j'eusse à traiter des « *hémorroïdes* », j'aurais déjà commencé ma leçon en ces termes :

On entend, sous le nom d'hémorroïdes, une affection caractérisée par la dilatation variqueuse des veines ano-rectales. Le système veineux de cette région est, comme vous l'avez déjà appris en anatomie, composé de trois sortes de vaisseaux : les veines hémorrhoïdales supérieures, moyennes et inférieures, tributaires : les unes de la circulation cave, les autres de la circulation porte, etc., et j'aurais continué ainsi, en insistant sur les rapports anastomotiques de ces réseaux veineux, sur la déclivité de la région, sur le rôle des sphincters, etc.

Mais, je suis médecin ; et, en traitant devant vous de la « *Maladie hémorrhoïdaire* », je vous invite à considérer la question d'un point de vue bien plus élevé, et à me permettre d'en ordonner la description sur le plan d'une étude de pathologie générale.

Cette étude, je sens que je pourrais, si j'en avais le temps et le talent, en saisir l'occasion, pour revivre un moment ensemble une des époques les plus intéressantes de l'histoire de la Médecine, pour évoquer devant vous les types les plus curieux et les plus respectables de la médecine des temps passés, pour vous montrer la liaison des plus vieilles et des plus récentes théories de notre science, enfin pour aborder ensemble la discussion des plus difficiles problèmes de pathogénie.

Si telle ne peut être mon ambition, au moins puis-je essayer de vous présenter cette question de la maladie hémorrhoïdaire, aussi clairement que possible, en res-

tant fidèle, dans mon exposé, aux tendances de l'esprit général, et vraiment médical, que reflète le titre même de la question.

Hémorrhoïde signifie étymologiquement: *flux de sang*, écoulement de sang. Ce terme, éminemment général, ne spécifie point le siège du flux sanguin. Mais l'usage en a restreint la signification, en réservant à peu près exclusivement l'emploi du terme hémorrhoïdes, à la localisation anatomique de beaucoup la plus fréquente du flux hémorrhoïdaire, à la fluxion sanguine du département veineux de la région ano-rectale.

C'est là, en effet, le siège d'élection de la fluxion hémorrhoïdale, et, pour des raisons diverses, que je vous dirai tout-à-l'heure, en étudiant la pathogénie, c'est la localisation classique, la détermination par excellence, de la maladie hémorrhoïdaire. Mais, pour être la plus fréquente, cette détermination n'est pas exclusive ; elle n'est pas la seule: et il existe des fluxions d'autres départements veineux, que l'ancienne médecine rattachait, avec plus ou moins de raison, au flux hémorrhoïdaire. Ainsi, dans la région ano-rectale, chez l'homme, le flux hémorrhoïdaire peut affecter des localisations assez spéciales, qu'il faut connaître : telles les hémorrhoïdes du col de la vessie, et de la région prostatique. Chez la femme, l'utérus, et les riches plexus veineux qui l'entourent, peuvent être le siège de véritables fluxions, dont les manifestations, en dehors de la congestion menstruelle physiologique, peuvent être rattachées à la maladie hémorrhoïdaire, ainsi que d'autres poussées congestives des muqueuses buccale et pituitaire, en raison d'une série de circonstances étiologiques, anatomiques et cliniques que je vous exposerai.

Envisagée ainsi dans son ensemble, la maladie hémorrhoïdaire doit être considérée comme une affection générale, à manifestations locales variées, mais, en somme, assez restreintes, dont la détermination anatomique presque constante affecte la région ano-rectale, et dont les déterminations exceptionnelles, mais également légitimes, peuvent intéresser d'autres départements veineux.

Messieurs, celui qui veut s'élever à la véritable conception de la maladie hémorrhoïdaire, doit faire entrer, dans la définition de cette maladie, la notion étiologique de cause et la notion clinique d'évolution, qui, bien plus et bien mieux que la notion anatomique du siège, caractérisent la véritable nature de l'affection.

« La maladie, a dit le professeur Bouchard, est la » manière d'être et d'agir de l'organisme, à l'occasion » de l'application de la cause morbifique : c'est l'en» semble des actes fonctionnels, et, secondairement, » des lésions anatomiques, qui se produisent dans » l'économie, subissant à la fois les causes morbifi» ques et réagissant contre elles ».

Quelle est donc cette cause morbifique, dont le flux hémorrhoïdaire ne représente que la réaction ? Quel est le *primum movens* de cette série de mouvements congestifs, à localisation anatomique si singulière, à évolution paroxystique si capricieuse, qui caractérisent la maladie hémorrhoïdaire ?

Cette cause, Messieurs, qui doit nous rendre compte à la fois de la vraie nature de la maladie, et des raisons de son évolution particulière, nous allons la voir se dégager de l'étude clinique, que nous allons faire ensemble, de la maladie hémorrhoïdaire. Et ce sera pour nous une occasion, entre toutes démonstrative, de nous convaincre que l'observation clinique des malades ne nous fournit pas seulement les éléments de la description des maladies, mais qu'elle peut aussi nous donner parfois les raisons mêmes de leur pathogénie.

Messieurs, l'affection hémorrhoïdaire a ses sujets d'élection. Si, en effet, elle est provoquée, dans son apparition, par des conditions mécaniques locales qui favorisent la dilatation veineuse de l'anus, elle frappe, bien plus souvent encore, des catégories de malades pour ainsi dire prédestinés au flux hémorrhoïdaire par les tendances morbides, héréditaires ou acquises, de leur constitution. Ce sont, presque toujours, des adultes, hommes ou femmes, au facies plein et coloré, généralement obèses, sédentaires, gros mangeurs, constipés, présentant souvent les apparences de la santé la plus florissante ; et qui, dans l'intervalle de leurs crises hémorrhoïdaires, vaquent à leurs occupations et vivent de la vie courante.

J'ai prononcé, Messieurs, le mot de « *crise hémorrhoïdaire* » ; c'est, en effet, par des crises, que procède, en général, l'évolution de la maladie. Ces crises, qui représentent les moments paroxystiques de l'affection, sont plus ou moins fréquentes : elles laissent entre elles des espaces intercalaires souvent très prolongés ; parfois, au contraire, assez courts ; et enfin, dans des cas plus graves, et où interviennent alors souvent des conditions pathogéniques locales particulières, l'affection se manifeste à l'état à peu près con-

tinu : avec des rémittences plus ou moins marquées, le patient souffre alors d'une sorte d'*état de mal hémorrhoïdaire* constant, qui peut acquérir un haut degré de gravité.

Mais,le plus souvent, la crise hémorrhoïdaire représente un accident, un *épisode*, plus ou moins douloureux et aigu, qui surprend le malade dans le cours de ses occupations, l'interrompt quelques jours, et le laisse ensuite, après sa terminaison, et une fois l'orage passé, reprendre ses travaux un moment suspendus.

Cette crise s'annonce par des *prodromes* ; des phénomènes avant-coureurs de l'affection confirmée, à la signification desquels les vieux hémorrhoïdaires ne se trompent guère, et qui traduisent un état de souffrance de l'organisme, qui prépare la crise du mal qui va éclater.

Messieurs, je désire appeler votre attention sur la nature et le haut intérêt de ces prodromes, que je vais vous décrire rapidement; parce que j'y reviendrai, lorsque nous chercherons à interpréter ensemble la vraie nature des hémorrhoïdes, et à fixer la place de la maladie hémorrhoïdaire dans le cadre nosologique. Vous remarquerez, dès l'abord, la grande analogie de de ces prodromes avec ceux de l'accès de goutte, et ces phénomènes que BOUCHARD a groupés sous l'étiquette de *fièvre goutteuse*.

Ces prodromes consistent en un vague état de malaise, qui s'accentue de jour en jour, en une irritabilité de caractère, en un changement d'humeur du malade, qui devient maussade et intolérant. On observe une céphalée gravative, avec sensation de pesanteur et de battements, des vertiges, des étourdissements, de l'insomnie,il y a des troubles digestifs, de l'inappétence, de la soif, de la dyspepsie flatulente, du météorisme, etc. A ce moment, le patient accuse parfois à son médecin un mouvement fébrile intermittent, que l'on ne peut pas toujours déceler à l'exploration thermométrique ; mais qui se traduit, en effet, par une plénitude anormale et une fréquence exagérée du pouls, par la sécheresse de la peau, par la soif, l'agitation inquiète du malade.

En même temps que ces signes généraux, ou peu de temps après leur apparition, des *signes locaux* révèlent la localisation du mal que médite l'organisme en souffrance, et viennent éclairer la nature de la crise morbide. La pesanteur des lombes, la sensation de plénitude douloureuse du côté du petit bassin, le sentiment de tension gravative marquée surtout vers le rectum et l'anus, exagérée par la station assise, le séjour au lit ou la marche prolongée, traduisent les premiers effets de la fluxion veineuse de la région ano-rectale.

Puis la congestion augmente, et alors la douleur locale s'exagère, s'accompagne de ténesme, de fréquentes et fausses envies d'aller à la selle, de prurit anal et d'irradiations névralgiques dans les sphères voisines, du côté de la vessie, de l'urèthre, du sacrum et du bas-ventre.A ce moment,la crise hémorrhoïdaire est pleinement constituée, et le syndrome de l'affection apparaît dans toute sa netteté. La crise est plus ou moins violente, au point de vue de l'intensité de la douleur. Parfois, celle-ci est atroce : le malade, tourmenté par d'incessantes et stériles épreintes, cherche à calmer ses douleurs par tous les moyens. Il se lève, il s'assied, il ne tient plus en place : il s'ingénie à trouver une position, debout, accroupie, couchée, en chien de fusil, qui lui procure quelque soulagement : il comprime la région, il recourt à des ablutions chaudes ou froides, aux applications calmantes les plus variées... Il est alors en pleine crise douloureuse ; et, si vous examinez, à ce moment, la région siège de si vives souffrances, vous édifierez votre diagnostic par la constatation des signes physiques, locaux, de la crise hémorrhoïdaire.

En explorant la région anale, vous apercevrez les *hémorrhoïdes externes*, turgescentes, qui entourent l'anus, et dont les bosselures juxtaposées forment ce qu'on appelle le *bourrelet hémorrhoïdal*. Celui-ci, plus ou moins volumineux, est constitué par des saillies sphéroïdales, violacées, tendues, très douloureuses. Ces bosselures, dont on n'observe parfois qu'une ou deux, sont bien plus souvent multiples, inégales, lisses, rénitentes et atteignent des dimensions d'un pois, d'une cerise, d'une châtaigne. Suivant leur siège, plus ou moins central ou périphérique, par rapport à l'anus, on les dit, depuis le travail de GOSSELIN, *muqueuses*, *cutanéo-muqueuses* ou *cutanées*.

Les *hémorrhoïdes internes*, qui accompagnent presque toujours les hémorrhoïdes externes, ne s'apprécient à l'examen visuel que lorsqu'elles sont très prononcées, et deviennent alors *procidentes*. [Dans ce cas, elles apparaissent sous la forme d'un *bourrelet interne*, concentrique au bourrelet des hémorrhoïdes externes, et constitué par des bosselures violet foncé, noirâtres, entourées des saillies plus claires de la cou-

ronne hémorrhoïdale externe. Le bourrelet d'hémorrhoïdes internes procidentes n'apparaît parfois qu'aux moments des efforts de défécation ; alors, dans la poussée douloureuse et involontaire du spasme de l'épreinte, on voit faire saillie, au milieu de l'anus, les bosselures cyaniques de la muqueuse rectale prolabée ; puis, ces hémorrhoïdes internes rentrent, dans l'intervalle des poussées, et sont dites alors *spontanément réductibles* ; dans d'autres cas, elles restent *constamment procidentes*, et ne se réduisent qu'au prix de certaines manœuvres fort douloureuses, ou à la suite de l'hémorrhagie. Enfin, dans des cas plus graves, elles sont *irréductibles*, et déterminent alors des accidents d'*étranglement*, de sphacèle, d'inflammation, avec toutes leurs conséquences, qui rentrent dans les *complications* de l'affection hémorrhoïdaire, et que nous étudierons plus loin.

Que les hémorrhoïdes soient externes ou internes, procidentes ou non, elles s'accompagnent, outre les symptômes physiques et fonctionnels que je vous ai énumérés, d'un signe à peu près constant : ce signe, c'est l'*hémorrhagie*. L'hémorrhagie est le résultat de la fluxion hemorrhoïdale ; elle se produit surtout à l'occasion des efforts de la défécation. Les selles sont alors teintées d'un sang plus ou moins rouge ; et cette rectorrhagie est parfois le signe principal de la fluxion hémorrhoïdale interne, limitée au rectum, qui ne s'est traduite par aucune hémorrhoïde externe ; ou par une hémorrhoïde tellement discrète dans son volume et dans les sensations dont elle s'accompagne, que le malade s'en aperçoit à peine, et n'en reconnaît l'existence qu'au toucher digital, lorsqu'il veut se rendre compte des raisons pour lesquelles il a rendu du sang dans ses selles.

L'hémorrhagie, Messieurs, est non seulement le résultat de la fluxion veineuse ano-rectale, mais encore elle en représente, le plus souvent, ainsi qu'on l'exprimait dans le langage de l'ancienne Ecole, la *cause finale*, et, assurément, le *remède* spontané le plus efficace et le plus salutaire. En effet, après quelques suintements sanguins plus ou moins répétés ou abondants, parfois après une saignée très copieuse, la turgescence des hémorroïdes s'affaisse, le syndrome fluxionnaire et douloureux s'atténue, les souffrances se calment, et la crise cède : elle a duré de quelques heures, dans les cas les plus atténués, à quelques jours, deux semaines au plus.

Et, une fois la crise passée, le malade, non seulement est rendu à la santé, mais souvent il se sent plus dispos, mieux portant, qu'avant la crise. Il a été manifestement amélioré dans son état général par l'évacuation sanguine spontanée qui a jugé la crise hémorrhoïdaire. Il est impossible, à ce propos, Messieurs, de n'être pas frappé de l'analogie qui rapproche cette euphorie post-hémorrhoïdaire, de l'euphonie post-goutteuse, qui signale la terminaison des accès aigus de la goutte.

Ces crises, Messieurs, se répètent à intervalles irréguliers. Parfois, au contraire, elles surviennent régulièrement, à des moments périodiques, affectant ainsi une analogie singulière avec la loi chronologique des échéances menstruelles. Ces faits de poussées hémorrhoïdaires régulières, presque périodiques, se rencontrent surtout chez des femmes, à l'âge de la ménopause ; et alors on voit chez elle l'hémorrhagie utérine tarie, remplacée par un flux hémorrhoïdaire supplémentaire et, en quelque mesure, vicariant.

Entre les crises hémorrhoïdaires, l'anus reste, chez certains malades, le siège de dilatations veineuses, flasques, molles, indolores, qui, à l'occasion de la prochaine crise, redeviennent turgides et douloureuses, et se distinguent par là des *marisques*, qui sont des saillies charnues, d'origine hémorrhoïdaire, mais dans lesquelles la veine est oblitérée par une thrombose fibreuse définitive.

Messieurs, je viens de vous esquisser le tableau de la crise hémorrhoïdaire intense ; mais il s'en faut de beaucoup que le tableau clinique soit toujours aussi dramatique : souvent les symptômes sont très atténués dans leur intensité, et la crise est légère ; tout le syndrome se borne à une sensation de pesanteur douloureuse dans le rectum, à ces prodromes généraux et locaux qui caractérisent l'invasion de la crise, et celle-ci se juge par un petit suintement sanguin, dont le malade ne s'inquiète pas. Entre ces épisodes hémorrhoïdaires presque frustes et la forte crise que je vous ai décrite, existe toute la série des cas intermédiaires.

Messieurs, après cette rapide esquisse de la crise fluxionnaire, douloureuse et hémorrhagique, dont la répétition, à intervalles variables, est la caractéristique fondamentale de la maladie hémorrhoïdaire, et avant d'aller plus loin dans l'étude de l'affection, je vous demande la permission de vous exposer, dans une revue rétrospective inséparable de l'histoire de la maladie hémorrhoïdaire, les différentes phases par

lesquelles a passé la conception de ce mal singulier, qui n'a jamais cessé de préoccuper la pensée médicale.

Le père de la médecine, Hippocrate, a écrit un traité spécial des hémorrhoïdes ; et, en maints endroits de ses autres ouvrages, il a laissé sur l'affection hémorrhoïdaire des aphorismes demeurés classiques, et tout empreints d'une théorie que je vais vous dire, que Galien adopta, et qui fit loi durant tout le moyen-âge. D'après l'école hippocratique, le flux hémorrhoïdal est un écoulement sanguin critique, salutaire, par lequel l'organisme se débarrasse des principes âcres et irritants qui l'encombrent : l'émonctoire hémorrhoïdaire dépure ainsi l'économie, et dissipe les crises de goutte, de rhumatisme, épargne à la peau les boutons, les ulcères, et préserve le cerveau du mal épileptique ou mélancolique. On voit déjà ainsi s'affirmer, dans ces théories primitives, la relation, qui s'est plus tard imposée à l'observation médicale, entre le flux hémorrhoïdaire et d'autres affections articulaires, cutanées ou cérébrales, dans le chaos desquelles la médecine plus éclairée des siècles ultérieurs, et particulièrement du XVIII[e] siècle, retrouva les diverses manifestations de l'arthritis, de la goutte et du rhumatisme.

Messieurs, c'est à ce moment, de 1720 à 1750, que parut, sur les confins de la Saxe et de la Prusse, dans la petite Université de Halle, un des hommes les plus remarquables de l'histoire de notre art, Stahl. Sur l'œuvre si étendue de ce médecin philosophe, et sur l'attachante et austère figure de cet intransigeant théoricien, Lasègue a laissé des pages biographiques mémorables, dont je vous recommande la lecture, et dans lesquelles vous verrez comment se rattachent, dans la question qui nous occupe présentement, à la doctrine générale de Stahl, les vues particulières de cet auteur sur l'affection hémorrhoïdaire.

L'illustre médecin de Halle raconte, qu'étant enfant, il avait vu un de ses parents, goutteux et demi-perclus, guérir à la suite d'un accident dont on lui cacha la nature. Plus tard, il apprit que les congestions des reins, que les flux goutteux des jointures avaient été remplacés par un flux hémorrhoïdal. Ce fait ne fut pas perdu pour lui : et, plus tard, lorsqu'il étudia les variations pathologiques de la circulation générale et le rôle des congestions partielles, il fut conduit, par le souvenir de ce fait, à établir une relation entre le mouvement hémorrhoïdaire et les autres fluctuations pathologiques partielles de la circulation sanguine.

Ce qui domine, en effet, la médecine de Stahl et de son école, c'est la théorie de ces congestions partielles, de leur mode de production, de leurs influences réciproques, de leurs conséquences. Stahl compare les mouvements du sang dans les territoires périphériques, intermédiaires aux artères et aux veines, au flux et au reflux de la mer ; et il insiste sur une donnée, que nous ont aujourd'hui rendue bien familière les travaux de Claude Bernard et de Vulpian, sur les vaso-moteurs, il insiste sur l'autonomie des circulations locales, sur l'indépendance des circulations organiques vis-à-vis de la grande circulation. Pour Stahl, c'est la tonicité, le *motus tonico-vitalis*, qui règle ces variations circulatoires locales : les perturbations pathologiques de cet équilibre circulatoire se traduisent par des congestions partielles, dont le siège varie. Et Stahl, qui était non-seulement un théoricien ingénieux, mais un observateur sagace, avait remarqué que le siège de ces congestions partielles variait suivant l'âge des malades. Ainsi, disait-il, chez les enfants, elles affectent la tête et se traduisent par la congestion des yeux, des gencives, par des angines, par la fréquence des épistaxis ; chez les adolescents, le siège ordinaire des congestions est situé plus bas, et affecte surtout la poitrine : c'est à cet âge que l'on observe les crachements de sang, les congestions pulmonaires ; chez les adultes, le ventre devient le siège ordinaire des congestions, qu'on voit au foie, à l'intestin, à l'estomac, à l'utérus, à la rate ; et c'est à ce moment qu'apparaissent les hémorrhoïdes, que l'on observe plus souvent encore chez les vieillards, conjointement avec les congestions de la vessie, de la prostate.

Ces congestions partielles, au cours des maladies chroniques, ne sont que des manifestations locales, sur certains organes, de la *pléthore* générale : elles peuvent se succéder les unes aux autres, et alterner entre elles : quel que soit leur siège, elles traduisent un même état de souffrance générale de l'organisme ; et, à l'appui de son opinion, Stahl cite d'intéressants exemples d'alternance ou de succession de ces crises, où il est aisé de reconnaître, comme dans le fait, que je vous citais tout à l'heure, de son parent malade, des faits de gravelle, de goutte, d'asthme et d'hémorrhoïdes.

Parmi toutes ces fluxions locales, la fluxion hémorrhoïdaire, le *motus hemorrhoïdalis*, représente certaine-

ment une crise salutaire et opportune, puisqu'elle permet à l'économie, sans grands dommages, de se débarrasser du trop plein des vaisseaux, et que l'hémorrhagie préserve le sujet d'une pléthore nuisible entre toutes, de la *pléthore abdominale*, dont le siège et l'origine sont dans la veine porte : *vena porta, porta malorum*. Aussi, Stahl considère-t-il les varices anales comme des réservoirs dérivatifs, dont la rupture intermittente offre à l'organisme la plus propice des évacuations spontanées.

Et, en effet, lorsque ce flux hémorrhagique tarde à s'établir, ou se supprime, il en résulte ce que l'ancienne Médecine appelait des *métastases*, c'est-à-dire le transport sur d'autres organes, souvent sous une autre forme plus dangereuse, du principe morbifique, ou de la pléthore. Et c'est ainsi que la vieille littérature médicale fourmille d'exemples de ces répercussions, où le flux hémorrhoïdal, insuffisant ou supprimé, est remplacé par un accès de goutte, ou d'asthme, par des phénomènes cérébraux graves, ou des accidents cutanés soudains, dont l'apparition vient témoigner de la parenté morbide de toutes ces manifestations, en apparence si dissemblables, en réalité si étroitement unies dans leur cause première : la pléthore.

Ainsi était sortie de toutes pièces, du cerveau de Stahl, une théorie générale de l'affection hémorrhoïdaire, qui devait vivre d'une vie durable, et se perpétuer jusqu'à nos jours. Car elle était en somme fondée sur des faits bien observés : et l'observation sincère et qui voit juste, comme l'a dit Lasègue, a ce privilège que le temps agrandit ou transforme ses déductions, mais n'en atteint pas la substance.

Messieurs, tous les médecins du siècle dernier, et tous ceux de la première moitié du nôtre, partageaient plus ou moins, sinon les opinions de Stahl, au moins l'idée fondamentale de la théorie stahlienne, c'est-à-dire la relation qui unit l'affection hémorrhoïdaire à d'autres manifestations générales de l'arthritis. Les chirurgiens, au contraire, plus préoccupés de la lésion locale, montrèrent toujours, au sujet des hémorrhoïdes, des tendances plus organiciennes, plus iatromécaniques. Il y a une trentaine d'années, en 1866, parut un travail, qui fit époque dans la matière, dans lequel, fidèle à la tradition des maîtres de la chirurgie, de J. L. Petit et de Boyer notamment, et faisant table rase des observations et des théories de Stahl et de ses successeurs, Gosselin niait la fluxion hémorrhoïdaire comme phénomène primitif de la série morbide, et subordonnait toute la pathogénie de l'affection à un simple processus local, mécanique, dû à la constipation, qui déterminait la stase veineuse passive, par l'étranglement des veines dans les boutonnières sphinctériennes du rectum. Verneuil adopta et développa cette conception mécanique, qui atteint son maximum de précision apparente dans les travaux de Duret, dont l'ingénieuse théorie mérite d'être brièvement rappelée.

Dans la région ano-rectale, dit Duret, il y a deux sortes de veines : les veines sous-musculaires et les veines sous-muqueuses ; les premières, tributaires de la veine cave, les secondes, tributaires de la veine porte. Celles-ci, les veines sous-muqueuses, communiquent avec les veines sous-musculaires exclusivement par des canaux de dérivation, qui traversent les fibres des sphincters interne et externe de l'anus. Si ces sphincters, sous l'influence des efforts de défécation, de la constipation, se contractent trop souvent, ou trop longtemps, ou trop violemment, les boutonnières musculaires étranglent les veinules de dérivation qui font communiquer le réseau sous-muqueux avec le réseau sous-musculaire ; il s'ensuit que le sang des veines hémorrhoïdales sous-muqueuses internes ne peut plus s'écouler dans les veines hémorrhoïdales externes ; d'où la distension des veines rectales, de leurs rameaux et de leurs ampoules terminales.

Comme vous le voyez, Messieurs, c'est sous l'apparence séduisante d'une double explication, à la fois anatomique et mécanique, de tout le processus hémorrhoïdaire, que se présente à l'esprit cette *théorie de l'étranglement sphinctérien*.

Malheureusement, cette théorie, non seulement néglige tout le côté important de la question, que nous avons développé, à propos de la doctrine de Stahl, mais encore elle pèche par la base même. En effet, il a été démontré, par les auteurs les plus compétents, à la fois anatomistes et chirurgiens, et parmi ceux-ci je citerai celui dont les travaux récents font autorité en la matière, Quénu, que les conclusions si ingénieuses de Duret reposaient sur des erreurs anatomiques : car les perforantes musculaires sont loin d'être les seules communicantes entre les veines hémorrhoïdales externes et les veines internes ; il existe tout un réseau veineux, qui, au-dessus des sphincters, fait communiquer les deux circulations veineuses externe et interne ; et, d'ailleurs, les dissections prouvent l'existence d'hémorrhoïdes externes, sans hémorrhoïdes internes.

A leur tour, Messieurs, dans un livre très documenté, après avoir formulé les critiques les plus judicieuses sur les théories anatomo-mécaniques de GOSSELIN et DURET, QUÉNU et HARTMANN, émettent leurs idées pathogéniques sur le processus hémorrhoïdaire, et proposent d'expliquer la dilatation veineuse par la *phlébite* des veines ano-rectales : l'inflammation altère les parois des réservoirs sanguins, diminue, par les processus anatomiques que vous connaissez, la résistance élastique et contractile des vaisseaux, et permet ainsi leur dilatation progressive. Cette phlébite serait, comme la grande majorité des autres phlébites, d'origine infectieuse, et reconnaîtrait, comme agents pathogènes, les nombreuses bactéries de l'extrémité inférieure du rectum, surtout le coli-bacille, les staphylocoques et le streptocoque, que les auteurs ont trouvé dans les parois veineuses et le sang des hémorrhoïdes.

Messieurs, ces travaux ont ajouté beaucoup à nos connaissances, sur le processus anatomique de la lésion locale, et mis en lumière le rôle intéressant de la phlébite ano-rectale, dans ses origines infectieuses et ses conséquences mécaniques. Mais ils ne peuvent avoir, et, au dire même de leurs auteurs, ils n'ont pas la prétention d'expliquer la nature intime et primitive du processus hémorrhoïdaire : ils fournissent une intéressante explication du *comment* se dilatent les veines anales ; mais ils ne nous disent pas le *pourquoi* elles subissent ainsi, à de certains moments critiques, des poussées de dilatation aiguë, douloureuse et hémorrhagique. La raison de la *fluxion hémorrhoïdaire* : voilà ce qui, suivant l'expression même de QUÉNU et HARTMANN, « intrigue si fort les médecins » ! Et, en effet, tel a toujours été l'objet de leurs préoccupations et le mobile de leurs recherches pathogéniques.

Messieurs, dans l'étude de l'évolution historique de cette question de la maladie hémorrhoïdaire, nous voici arrivés à la période contemporaine, où, à côté et en dehors des chirurgiens, les médecins, dépositaires et observateurs des vieilles notions traditionnelles sur l'affection hémorrhoïdaire, ont été mis en demeure d'accorder ces données de l'observation séculaire avec le progrès de nos connaissances générales en médecine étiologique et pathogéni[illegible] [illegible]autres médecin[illegible] [illegible]mmes mieux placés. [illegible]e les chirur[illegible] [illegible]bserver les hémor- [illegible] Alors qu[illegible] [illegible]ent guère que la

[illegible] nous autres, nous voyons surtout le malade : ils s'occupent du détail des altérations locales, tandis que nous nous intéressons à l'ensemble des modifications de l'état général. De plus, nous pouvons suivre les sujets, dans l'évolution de tous leurs accidents morbides ; nous les revoyons pour toutes les maladies qui les atteignent, et nous sommes les confidents des misères de toute nature qui peuvent les assaillir aux diverses phases de leur vie. C'est grâce à notre privilège de pouvoir continuer l'observation presque indéfinie des sujets, que nous sommes, par la force des choses, amenés à associer entre eux dans notre esprit, des accidents dont la réalité clinique nous enseigne chaque jour les rapports de succession, d'alternance ou de concomitance. Enfin, la plupart des médecins n'observent pas que des individus : ils observent des familles, au sein desquelles ils assistent à la répétition et à l'association des mêmes accidents.

Ainsi s'est toujours imposée à l'esprit médical, l'idée de l'affinité, plus ou moins mystérieuse, mais profondément réelle, indéniable, de certains groupes d'accidents, dissemblables dans leur siège et leur aspect objectif, mais tellement liés les uns aux autres par la fréquence de leur groupement, de leur association, sur les mêmes malades, qu'ils doivent être unis par les liens d'une véritable parenté morbide. [illegible] ;
[illegible] ie,

De là est née l'idée des tempéraments morbides, des [illegible] rés,
diathèses, sur l'histoire desquels je n'ai ni le loisir, n[illegible] s par
le dessein de m'attarder, mais dont la concep[illegible]
générale devait être rappelée dans l'étude de [illegible] système
maladie hémorrhoïdaire. [illegible] it arthri-

Vous savez, Messieurs, que, sous l'influ[illegible] ante parti-
travaux des grands cliniciens de la pre[illegible] diathèse que
de ce siècle, le nombre des diathè[illegible] thritisme ». Je
dérable, et que l'on parlait couramm[illegible] alités de la dia-
tuberculeuse, syphilitique, purulen[illegible] se,congestive,dont
diathèses dartreuse, herpétique, [illegible] sente un frappant
L'œuvre de BAZIN domine toutes les [illegible] le ralentissement de
trinales de cette période fécon[illegible] génie des accidents de
pourtant déjà bien éloignée de nous [illegible] diathèse *bradytrophique*
passé si récent est déjà dev[illegible] tique appellation proposée

Messieurs, je n'ai pas à v[illegible]
tigineuse évolution a sub[illegible] i des poisons uricémiques de
et de la doctrine de l'In[illegible] peut-elle aboutir à la fluxion
poraine. Dans le dernier [illegible] vouloir risquer des hypothèses
progrès ont été acc[illegible] cependant m'empêcher de vous
doctrines médicales [illegible] centes expériences et observa-
fiées : et, qu'un moment [illegible] de BOUCHARD et de CHARRIN,

de ces vieilles conceptions, et à la ruine des diathèses. Mais, comme l'observation ne perd jamais ses droits et que les découvertes nouvelles, même les plus inattendues et les plus éclatantes, ne peuvent pas supprimer les acquisitions légitimes de l'observation passée, cette conception générale des diathèses est restée debout ; et, ce qu'elle perdait en étendue, à la suite des découvertes et des doctrines pastoriennes, elle n'a fait que le regagner en précision et en clarté Il n'est pas un médecin, actuellement, qui, implicitement ou explicitement, plus ou moins clairement formulés en son esprit, n'admette l'existence de deux *tempéraments morbides* : le tempérament *scrofuleux*, et le tempérament *arthritique* : spécifiés chacun par un aspect d'ensemble et une série d'accidents similaires, qui paraissent appelés, selon le mot de BAUMÈS, de Lyon, par un besoin morbide permanent, toujours le même.

Messieurs, un des hommes qui ont le plus contribué à fermement consolider, sur le terrain scientifique moderne, l'antique notion des diathèses, est le professeur BOUCHARD, qui a donné de la diathèse une définition parfaite, et dont je vous engage, à propos de la maladie hémorrhoïdaire, à retenir et à méditer les termes. « La diathèse est un trouble permanent de la » nutrition, qui prépare, provoque et entretient des » maladies, différentes comme siège, comme évolu- » tion, et comme processus pathologique. »

Or, si nous nous reportons ensemble à la petite description clinique, que je vous ai esquissée tout-à-l'heure, de la crise hémorrhoïdaire ; et si, au lieu de nous borner à l'étude de cette crise, qui n'est, comme je vous l'ai dit, qu'un incident, qu'un épisode, dans le cours de la vie du sujet ; si nous prolongeons l'observation du malade; si nous suivons celui-ci, à travers les vicissitudes de sa vie, dans son évolution pathologique ; si nous interrogeons de plus son passé personnel et héréditaire ; si nous rapprochons, de cette crise hémorrhoïdaire, les indications que peut nous fournir l'observation détaillée de son habitus, de l'état de ses organes et de ses fonctions, nous acquerrons vite la conviction, au bout d'une telle enquête, que ce malade et ses pareils, ses congénères en Hémorrhoïdes, appartient, de par ses antécédents héréditaires et personnels, de par tous les accidents qu'il a présentés, de par son habitus, de par tout son passé et tout son présent, à la *famille arthritique*.

Ce malade, en effet, Messieurs, aura présenté, dans sa première enfance, de multiples fluxions de la peau et des muqueuses, principalement à la tête, à la face, à l'occasion surtout de la dentition: des poussées exzémateuses, fugaces, prurigineuses, récidivantes ; des épistaxis, des coryzas et des trachéo-bronchites congestives, fluxionnaires. Plus tard, dans l'adolescence, il a été sujet aux angines, aux torticolis, aux arthrodynies ; plus tard encore, à l'âge adulte, il a éprouvé des accès d'asthme, des bronchites, des poussées de dermatoses rebelles, des migraines, de la dyspepsie, des accidents hépatiques ; c'est à ce moment que se dessine, dans la filiation chronologique des accidents, cette tendance descendante du processus congestif, qui oriente les manifestations arthritiques vers les organes abdominaux, le foie, l'utérus, le rectum et l'anus : aussi est-ce à ce moment qu'apparaissent les hémorrhoïdes, et que, après une série de crises fluxionnaires plus ou moins ébauchées, et marquées seulement par les atteintes prodromiques, que je vous ai décrites, éclate la véritable attaque, l'accès, la crise hémorrhoïdaire.

Et, si nous suivons toujours le malade, nous voyons alterner ensemble toutes les autres manifestations de l'arthritisme : les coliques hépatiques ou néphrétiques, les accès d'asthme, les attaques de goutte ; le malade devient obèse et chauve, il a des varices, du varicocèle, etc. J'abrège, à dessein, l'énumération de toutes ces misères, dont la succession, sur les mêmes malades, démontre si éloquemment la vérité du *métaschématisme* morbide de STAHL.

En effet, Messieurs, en dépit de leur polymorphisme clinique, ces divers accidents, par leur succession, leur alternance, leur suppléance réciproque, leur coexistence même, ces divers accidents peuvent être considérés comme des *équivalents morbides*. Et, dans le série de ces *équivalences*, la maladie hémorrhoïdaire occupe, pour toutes sortes de raisons, un rang de première importance. Par son évolution cyclique irrégulière, par ses crises paroxystiques, par sa nature fluxionnaire et son caractère si éminemment douloureux, la crise hémorrhoïdaire rappelle d'ailleurs invinciblement l'attaque de goutte ; et ces analogies avaient si bien frappé TROUSSEAU, qu'il faisait de la crise hémorrhoïdaire une attaque de *goutte larvée*. A ce propos, je vous rappelle maintenant toutes les analogies qui rapprochent les caractères des prodromes et de l'euphorie post-critique, dans les deux affections, goutteuse et hémorrhoïdaire. C'est évidemment le même mal, la même *humeur peccante*, qu'expurge,

dans les deux cas, si péniblement, l'économie souffrante ; c'est la même délivrance qu'elle célèbre, par le bien-être qu'elle éprouve, après la crise, à la fin de l'un comme de l'autre accès.

D'ailleurs, ces affinités des hémorrhoïdes et de la goutte, non-seulement s'imposent par le raisonnement et la comparaison des faits, mais elles ressortent, avec plus d'évidence encore, s'il est possible, de la suppléance que peuvent exercer les uns vis-à-vis des autres, les accidents hémorrhoïdaires et goutteux.

Je vous ai déjà rappelé les aphorismes d'HIPPOCRATE et de GALIEN, sur la guérison de la goutte par le flux hémorrhoïdaire ; je vous ai entretenu des idées de STAHL, sur le caractère salutaire de l'hémorrhagie rectale. Laissez-moi maintenant vous citer un exemple, dont j'ai tout récemment entendu raconter l'instructive histoire par mon maître CHAUFFARD. Il s'agit d'un goutteux, de la clientèle de mon maître, qui n'avait pas présenté d'accidents goutteux depuis huit ans, et qui présenta, il y a quelques jours, tous les prodromes du *molimen hemorrhagicum,* indiquant l'imminence d'une crise hémorrhoïdaire : pesanteur douloureuse, congestion de la région ano-rectale, bosselures variqueuses sous-muqueuses, constipation, malaise général, etc.

M. CHAUFFARD, dans le dessein d'une thérapeutique dérivative, conseille un bain de pieds sinapisé. Aussitôt, cessation des symptômes hémorrhoïdaires et apparition d'une crise de goutte aiguë au gros orteil, rappel de l'ancienne podagre. Ici donc, vous le voyez, c'est l'accès de goutte qui a guéri la crise hémorrhoïdaire. Peut-on, en rapprochant toutes ces observations, douter de l'équivalence morbide de toutes ces manifestations critiques de la maladie goutteuse, de la maladie hémorrhoïdaire. Evidemment non.

Maintenant, Messieurs, que nous avons suffisamment établi les *parentés morbides* de la maladie hémorrhoïdaire, et que nous l'avons rattachée au grand groupe des *maladies arthritiques,* il nous reste à nous demander pourquoi la maladie hémorrhoïdaire fait ainsi partie du cortège des accidents de l'Arthritisme.

Or, vous savez que la majeure partie des manifestations arthritiques est de nature congestive ; l'éréthisme vasculaire accompagne presque toujours chez elles la douleur et les autres éléments du syndrome, à telle enseigne que certains médecins, bien placés pour observer et connaître les arthritiques, SÉNAC, CENSIER, avaient créé le mot *congestivité,* pour désigner la tendance pathologique du tempérament de ces malades, qu'ils disaient être tous des *congestifs.*

Or, que représente donc la crise hémorrhoïdaire, sinon un *molimen hemorrhagicum,* paroxystique, dont la nature active, sthénique, fluxionnaire, caractérise le processus congestif ? A ce titre, la maladie hémorrhoïdaire rentre bien légitimement dans le groupe des accidents de la *diathèse congestive,* de l'arthritisme.

Et maintenant, Messieurs, pourquoi l'arthritisme provoque-t-il ainsi des accidents congestifs et fluxionnaires, si variés dans leur siège, mais en somme si analogues dans leur évolution ? Poser cette question, c'est soulever celle de la pathogénie des maladies arthritiques, c'est discuter le problème de la nature même de l'arthritisme. Discuter ce problème devant vous ne m'appartient guère, et, si je m'y laissais aller, je risquerais de sortir de mon sujet. Je dois cependant vous rappeler que, à la suite des travaux de BENEKE et de BOUCHARD, et notamment du livre mémorable de ce dernier sur les Maladies par Ralentissement de la Nutrition, l'opinion de l'immense majorité des médecins tend à considérer l'arthritisme comme une manière d'être pathologique du tempérament, secondaire au ralentissement habituel des mutations nutritives, au ralentissement des oxydations organiques ; et par suite, à la rétention continue, dans l'économie, de principes excrémentitiels, insuffisamment élaborés, principalement acides, et, en tous cas, toxiques par leur nature et leur excès.

Je vous rappelle aussi le rôle capital du système nerveux dans la direction du tempérament arthritique : c'est pour stigmatiser cette constante participation du système nerveux dans la diathèse que CHARCOT a créé le vocable « *neuro-arthritisme* ». Je vous rappelle enfin les diverses modalités de la diathèse arthritique, modalités nerveuse, congestive, dont la maladie hémorrhoïdaire représente un frappant épisode. Retenez seulement que le ralentissement de la nutrition préside à la pathogénie des accidents de la diathèse arthritique, de la diathèse *bradytrophique* selon l'expressive et synthétique appellation proposée par le Pr LANDOUZY.

Comment la rétention des poisons uricémiques de la nutrition retardée peut-elle aboutir à la fluxion hémorrhoïdaire ? Sans vouloir risquer des hypothèses hasardées, je ne puis cependant m'empêcher de vous rappeler ici que de récentes expériences et observations, notamment celles de BOUCHARD et de CHARRIN,

ont établi *l'influence vaso-dilatatrice* de certains poisons bactériens, de certaines toxines, dont l'action *neuro-paralytique* a été démontrée. Or, s'il est une vérité incontestable actuellement, c'est que les plus étroites analogies relient entre elles, au point de vue de leurs propriétés, de leurs affinités,et de leur action, les toxines bactériennes et les toxines d'origine cellulaire, issues de la désassimilation de nos tissus. CHARRIN a, dans plusieurs leçons, insisté sur ces analogies. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que l'un des effets de la lente autointoxication arthritique soit précisément ces perturbations vaso-motrices soudaines et critiques, dont les hémorrhoïdes ne constituent qu'un exemple ? Et l'euphorie post-critique ne s'explique-t-elle pas aussi fort bien, par la désintoxication relative de l'organisme, expurgé momentanément de ses humeurs peccantes, par l'effort spontané du mouvement humoral, ou de la saignée, qui caractérisent la crise salutaire, et représentent les moyens mis en œuvre par cette *Vis medicatrix Naturæ*, célébrée par la médecine antique ?

Messieurs, de nombreux auteurs : LANCEREAUX, DUPLAY, DURET, notamment, ont remarquablement insisté sur le rôle pathogénique du système nerveux local, du grand sympathique ano-rectal, dans la production des hémorrhoïdes. Et, à ce propos, je vous rappellerai que le professeur BARD a, lui aussi, à plusieurs reprises, attiré l'attention sur le rôle pathologique des plexus sympathiques viscéraux en médecine générale. Ne sommes-nous pas en droit d'invoquer ici ce rôle, dans la genèse des perturbations circulatoires locales qui caractérisent la fluxion hémorrhoïdaire ?

Sans aller plus loin dans la voie de l'interprétation pathogénique, vous voyez comment on peut l'entrevoir pour le moment. Et, une fois l'influence fluxionnaire réalisée, une fois mis en branle le mécanisme pathogénique, le reste du processus hémorrhoïdaire se comprend facilement dans sa filiation, dans son évolution anatomique, dans ses lésions et dans ses complications locales.

C'est ici alors que reprennent tout leur intérêt les études des anatomistes et des chirurgiens dont je vous ai déjà dit les noms. Et je saisirai cette occasion pour vous rappeler sommairement, sans entrer dans aucun détail, l'*anatomie pathologique* de la lésion hémorrhoïdaire.

La lésion essentielle consiste tout d'abord dans la dilatation, plus ou moins prononcée, des veines qui apparaissent sous la forme de bosselures ovoïdes irrégulières, distendant la muqueuse anale ; ces dilatations ampullaires, ces paquets variqueux, disposés en couronne autour de l'anus, forment le bourrelet que vous connaissez. Très rapidement, les veines dilatées se laissent forcer dans la résistance élastique et contractile de leurs tuniques ; celles-ci s'enflamment, s'épaississent, et ce double processus d'endo-phlébite et de péri-phlébite aboutit, par un mécanisme que QUÉNU et HARTMANN ont bien montré, à l'*artériolisation* de la veine, qui devient rigide, béante à la coupe, dilatée dans sa lumière et épaissie dans ses parois. Fréquemment, des thromboses se forment dans ces sinus veineux pathologiques. L'infection lente ou sub-aiguë des vaso-vasorum aboutit, ici comme dans les autres veines, à toutes ses conséquences : congulations intravasculaires, oblitération des canaux, sclérose ; ou rupture et hémorrhagie ; inflammation, suppuration, etc. Je ne vous citerai que pour mention les altérations variées, septiques et mécaniques, des tissus de voisinage ; congestion, œdème, sclérose, ulcérations muqueuses, lymphangites, érysipèle ; rétraction inodulaire des tissus, sténose secondaire du canal anal, etc.

Mais ce sont là, Messieurs, pour ainsi dire, des *lésions mortes*, c'est-à-dire des lésions dont l'étude complète peut se faire à la coupe des tissus disséqués, ou sous le microscope, à l'amphithéâtre et au laboratoire. Ce que je tiens au contraire à fixer dans votre esprit, c'est l'étude de la *lésion vivante*, c'est-à-dire de la maladie, dans ses origines, sa nature fluxionnaire, active, dans son évolution intermittente et paroxystique, dans ses conséquences, sa signification, dans son *cycle* clinique, en un mot, tel que que j'ai essayé de vous l'esquisser, et sur lequel je ne reviens pas. Et maintenant, Messieurs, que nous avons parcouru ensemble l'évolution historique et doctrinale de la maladie hémorrhoïdaire, je désire, pour compléter l'étude générale de cette affection, vous en présenter rapidement le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Le *diagnostic* de la maladie hémorrhoïdaire avec les lésions ano-rectales qui peuvent simuler de plus ou moins loin la crise hémorrhoïdaire, ne nous occupera pas. Il suffit, en effet, d'examiner la région, d'interroger les antécédents et de s'assurer, à l'aide de tous les symptômes fonctionnels et physiques que nous connaissons, de la nature de l'affection. Les chirurgiens, experts dans la connaissance des lésions exté-

rieures et des choses locales, vous diront comment on distingue les condylomes, les polypes, les crises douloureuses ou hémorrhagiques du rétrécissement et du cancer du rectum. Mais un point sur lequel je désire attirer votre attention, c'est le diagnostic de la maladie hémorrhoïdaire avec les hémorroïdes. Ne croyez pas que je veuille discuter devant vous, en ces termes d'apparence paradoxale, une question oiseuse. Nous venons, en effet, d'étudier ensemble, jusqu'à présent, l'*hémorrhoïde-maladie* : mais, à côté d'elle, il y a l'*hémorrhoïde-accident*. Je m'explique.

J'entends par hémorrhoïde-accident toute la classe des *hémorrhoïdes mécaniques* des auteurs, de ces hémorrhoïdes secondaires à la compression porte ou cave, ou secondaires à la fluxion collatérale, au cours des affections de l'anus, du rectum ou du voisinage.

Ces hémorrhoïdes, qu'on observe dans la grossesse (38/100 des cas), au moment de l'accouchement ; au cours des tumeurs abdominales, des affections qui compriment les veines cave inférieure ou porte, etc., ces hémorrhoïdes ne sont pas plus la maladie hémorrhoïdaire, que le varicocèle symptomatique d'une tumeur rénale ou pelvienne n'est le varicocèle congénital ou constitutionnel ; que les varices des jambes, secondaires à la grossesse ou aux cardiopathies mal compensées, ne sont les varices constitutionnelles des arthritiques, libres de toute entrave circulatoire, mais prédisposés à la phlébo-sclérose symétrique, bilatérale, progressive, à l'*affection variqueuse*, sans épithète.

La preuve, vous la trouvez, en dehors des considérations théoriques qui établissent cette distinction, dans le cas si fréquent de ces femmes enceintes, qui, dans les derniers mois de leur grossesse, portent à l'anus un bourrelet de dilatations veineuses, passives, indolores, atones, qui récidive à chaque gestation ; ce sont là des hémorrhoïdes accidentelles. Mais suivez ces mêmes femmes, vous verrez plusieurs d'entre elles présenter plus tard des crises hémorrhoïdaires, avec fluxion active, douloureuse de cette même région, au cours d'une grossesse, ou après l'accouchement, dans cette période, éminemment favorable à l'éclosion des accidents arthritiques, que semble préparer et provoquer l'état gravidique : il s'agira alors d'hémorrhoïde-maladie. La distinction entre les deux espèces ressort de l'opposition clinique qui existe entre les deux syndromes : la lésion locale est grossièrement la même ; mais l'évolution morbide est toute différente.

Remarquons cependant que l'hémorrhoïde-accident prédispose l'arthritique à l'hémorrhoïde-maladie : la lésion locale oriente alors le processus fluxionnaire de la diathèse arthritique vers l'anus, et explique la localisation hémorrhoïdaire de l'arthritisme. On sait combien il est fréquent d'observer, chez certaines catégories d'arthritiques, un vice congénital, qui s'accentue avec l'âge, d'asthénie conjonctive dans les tissus de soutènement, les ligaments, les capsules, qui se traduit par les ptoses viscérales, les hernies, les éventrations ; ces malades ont aussi, probablement en vertu des mêmes tendances, des parois veineuses faibles, peu résistantes, faciles à forcer : ainsi s'expliquent les hémorrhoïdes, les varices, le varicocèle, chez eux.

En résumé, Messieurs, vous fonderez le diagnostic de la maladie hémorrhoïdaire non seulement sur l'existence des hémorrhoïdes, mais avant tout, sur les éléments spécifiques de la maladie : c'est-à-dire le terrain sur lequel elle évolue, ses équivalences, dans la série des accidents morbides du sujet, son caractère fluxionnaire, actif ; son évolution par crises paroxystiques, les circonstances qui marquent l'éclosion et la terminaison des paroxysmes.

Le *pronostic* de la maladie hémorrhoïdaire, Messieurs, est double : il comporte d'abord le pronostic général de l'arthritisme, dont la maladie hémorrhoïdaire n'est qu'un stigmate : il comporte ensuite le pronostic local de la lésion, qui dépend étroitement de l'évolution, simple ou compliquée de celle-ci.

La maladie évolue, en effet, par crises plus ou moins répétées et plus ou moins violentes. Dans le nombre, la durée, l'intensité de ces crises, vous trouverez déjà, en combinant ces notions avec celles du terrain morbide, des éléments de pronostic bien variables.

De plus, une fois la lésion locale créée, à la suite d'une série de crises, cette lésion va évoluer sur place, pour elle-même, et va devenir la source de *complications*, soit immédiates, survenant pendant la crise même, soit ultérieures, tardives et capables de compromettre la santé et la vie du malade.

Parmi les complications immédiates, il faut tout d'abord signaler l'*hémorrhagie* anale, qui peut, par sa répétition et son abondance, devenir une menace, et nécessiter une intervention chirurgicale pressante. Parmi les autres complications possibles de l'affection hémorrhoïdaire, il faut citer l'*étranglement* inflammatoire et le sphacèle du bourrelet, la suppuration de la région, les *ulcérations* et les fistules, la *gangrène* des

tissus étranglés et infectés, la *propagation à distance de l'infection locale*, la pyléphlébite, etc.

Plus tard, les hémorrhoïdes invétérées et mal soignées peuvent déterminer un degré plus ou moins prononcé de sténose anale, de rétrécissement du rectum, avec toutes leurs conséquences locales et générales : constipation, leucorrhée ano-rectale, etc. A la longue, par un double processus d'infection et d'autointoxication continues, survient une altération profonde de l'état général, de l'anémie, de l'amaigrissement, une sorte de *cachexie hémorrhoïdaire*, dont tous les éléments (inappétence, maigreur extrême, teint pâle et terreux, subictérique parfois, etc.), joints à la notion de la leucorrhée rectale, de la constipation, des hémorrhagies et des douleurs, ont simulé souvent à s'y méprendre le tableau de la cachexie terminale des cancers du rectum.

Les choses peuvent ne pas s'aggraver à ce point, et cependant le pronostic peut devenir très sombre, de par le simple effet de la lésion locale. Superposez, à la lésion hémorrhoïdaire, une de ces fissures intolérantes, dont vous connaissez le douloureux syndrome. Il n'en faut pas plus, surtout chez les névropathes, pour entretenir une constipation et des accidents secondaires capables de compromettre la santé du sujet. Supposez à votre hémorrhoïdaire des prédispositions à la neurasthénie, à l'hypocondrie, et, de par l'incitation continue de la lésion locale, vous verrez s'établir chez le malade un état mental, dont la gravité peut primer parfois celle de l'affection occasionnelle qui l'a suscité.

Et ces considérations pronostiques sont d'autant plus justes que les hémorrhoïdaires sont, de par leur arthritisme, des névropathes.

Messieurs, quel est le *traitement* de la maladie hémorrhoïdaire ? Je le résumerai en peu de mots....

Préventif, il consiste dans l'hygiène générale du sujet, et l'hygiène locale de la région ; sobriété, tempérance, entretien de la fonction des émonctoires ; pas de sédentarisme, pas d'abus des appels à la congestion pelvienne.

Médical, ce traitement doit viser à éviter la constipation, à pratiquer l'antisepsie, tiède ou chaude, de l'anus ; à user de préparations, dont la spécificité, d'ailleurs douteuse et variable, a été recommandée par les praticiens ; je fais allusion ici à l'Hamamelis virginica, au capsicum annuum, au marron d'Inde, à l'ergotine, etc. ; contre les douleurs, les suppositoires calmants ; contre l'hémorrhagie, les lotions froides ou très chaudes, l'antipyrine, l'amadou, la gélatine.

Chirurgical, le traitement tire ses indications de l'état local, et sera dirigé contre les complications septiques ou mécaniques de l'affection : la dilatation de l'anus, l'ignipuncture, la volatilisation, la résection, seront les procédés les plus efficaces à mettre en œuvre. Cependant, ce que le chirurgien traitera et guérira ainsi, ce n'est pas la maladie hémorrhoïdaire, ce sont ses suites locales ; après, comme avant l'œuvre manuelle, le malade restera, pour le médecin, un hémorrhoïdaire, dont les affinités morbides demeureront les mêmes, éclaireront la nature et parfois la raison d'être des accidents ultérieurs. Aussi les anciens médecins disaient-ils volontiers qu'il fallait respecter les hémorrhoïdes. Telle ne sera pas notre conclusion thérapeutique : il ne faut jamais, en effet, respecter un mal qui compromet la santé ; il faut seulement proportionner l'action thérapeutique à la gravité des accidents, et savoir enfin, qu'en guérissant la signature locale d'une diathèse, on ne guérit pas pour cela la diathèse elle-même.

Telle se présente à nous, Messieurs, la Maladie hémorrhoïdaire. J'ai essayé de vous la montrer, dans ses attaches profondes, ses origines lointaines, dans ses parentés morbides, dans ses affinités générales. Il me semble bien, et j'espère que tel sera aussi votre sentiment, que cette affection, qui peut paraître, au premier abord, se présenter à l'étude comme une simple lésion locale, à cause de ce vieux mot d'hémorrhoïdes qui évoque l'image de varices de l'anus, il me semble bien que cette affection a tous les droits, de votre part, à des pensées d'ordre plus élevé, et qu'elle doit suggérer à tous les médecins réfléchis des méditations plus hautes.

Ainsi s'explique d'ailleurs l'intérêt souvent considérable que la Médecine a toujours porté à ce sujet, que n'ont pas dédaigné d'approfondir les plus grands esprits du temps passé.

L'étude de cette question comporte aussi en elle un grand enseignement. C'est la nécessité, dans notre science, de toujours tenir compte, avec déférence et respect, des opinions de nos ancêtres, de s'attacher plutôt à interpréter qu'à dénigrer leur pensée, de ne pas opposer la Médecine nouvelle à la Médecine antique, et de toujours s'efforcer, au contraire, suivant le conseil de Baglivi, d'établir entre les deux un pacte d'éternelle alliance !

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLEI

N° 111. Troisième Année, N° 9. Le Numéro : **10** centimes. 26 Février 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'essai de l'eau oxygénée. — Son titrage

Par le docteur **Deroide**
chargé du Cours de Pharmacie à la Faculté.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine (décembre 1898), LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a ramené l'attention des médecins sur les propriétés antiseptiques d'un composé qui n'est pas nouveau en thérapeutique, qu'on a soumis plusieurs fois déjà à l'expérimentation, et qui malgré tout restait plutôt comme une curiosité de laboratoire. Je veux parler de la combinaison de l'eau avec l'oxygène, de *l'eau oxygénée,* répondant à la formule H^2O^2 découverte par THÉNARD, au commencement de ce siècle. J'ai à peine besoin d'ajouter qu'il s'agit en l'espèce d'une véritable combinaison de l'eau H^2O avec l'oxygène O, et non d'une simple dissolution de ce gaz dans l'eau, analogue à celle de l'acide carbonique dans l'eau (eau de Seltz artificielle).

La communication de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est pleine d'intérêt et suscitera sûrement de la part des médecins de la région du Nord de nouvelles recherches qui, il faut l'espérer, viendront confirmer celles du savant chirurgien parisien, et doter la thérapeutique d'un agent capable de rendre de réels services, en chirurgie générale et spéciale, et dans le traitement des plaies.

Et cela m'a suggéré l'idée d'énumérer ici les caractères de pureté auxquels doit satisfaire l'eau oxygénée destinée à l'usage médical, et quels sont les moyens qui sont à notre disposition pour déterminer le titre de l'eau oxygénée.

On me saura gré de ne pas m'étendre sur la préparation qui est longue et délicate : j'en dirai cependant un mot.

THÉNARD avait remarqué qu'en ajoutant du bioxyde de baryum BaO^2 à une solution étendue de HCl, l'oxygène surajouté à l'oxyde de baryum BaO, ne se dégageait pas ; en étudiant de plus près la réaction, il se rendit compte que cet oxygène se portait sur l'eau H^2O et qu'une combinaison nouvelle prenait naissance : c'était l'eau oxygénée H^2O^2.

L'expérience de THÉNARD est encore celle qu'on met en œuvre lorsqu'on veut obtenir de l'eau oxygénée pure : on délaie dans de l'eau du bioxyde de baryum pur, et on ajoute le lait obtenu par petites portions, à de l'acide chlorhydrique dilué.

De l'action de ce bioxyde de baryum sur l'acide

chlorhydrique, il résulte de l'eau oxygénée et du chlorure de baryum :

$$BaO^2 + 2HCl = H^2O^2 + BaCl^2$$

En ajoutant à la liqueur un peu d'acide sulfurique, on libère l'acide chlorydrique en formant du sulfate de baryte, et on peut faire agir une nouvelle quantité de bioxyde de baryum.

En répétant un certain nombre de fois cette série d'opérations, on arrive à obtenir une solution de plus en plus riche en eau oxygénée.

Il faut avoir soin de verser le lait de bioxyde de baryum dans l'acide dilué et non l'acide sur le bioxyde de baryum ; le vase dans lequel se fait cette saturation doit être plongé dans de la glace pilée, ou au moins dans de l'eau glacée.

Quand on juge l'eau oxygénée assez concentrée, on ajoute du sulfate d'argent pour se débarrasser du chlorure de baryum, puis, après dépôt, de l'eau de baryte pour précipiter l'acide sulfurique devenu libre par l'action de l'acide chlorhydrique sur le sulfate d'argent.

On rend l'eau oxygénée acide par addition d'un peu d'acide sulfurique. L'eau oxygénée se conserve en effet beaucoup mieux, en présence d'une petite quantité d'acide sulfurique.

Industriellement, on l'obtient par des procédés analogues, en remplaçant l'acide chlorhydrique par l'acide fluorhydrique ou l'acide phosphorique ; le bioxyde de baryum employé est lui-même impur, de sorte que l'eau oxygénée livrée par l'industrie est impure ; elle contient en particulier des acides, et ne saurait être employée telle quelle pour les usages médicaux. Elle doit subir une purification coûteuse et, de fait, l'eau oxygénée médicinale est vendue aujourd'hui encore à un prix assez élevé.

En dépit de ce prix élevé on ne saurait trop recommander de ne se servir que d'une eau oxygénée suffisamment purifiée et, comme je l'ai dit, ces lignes n'ont pas d'autre but.

L'eau oxygénée destinée à la thérapeutique doit satisfaire aux conditions suivantes : être à peine acide (au papier de tournesol) et ne donner qu'un très léger louche par une solution de chlorure de baryum.

Elle doit être incolore, et ne donner de précipité ni par une solution de nitrate d'argent, ni par l'acide sulfurique dilué.

Enfin, le Codex, où figure depuis quelques années, l'eau oxygénée, sous le nom de « soluté officinal d'eau oxygénee au dixième » exige que l'eau oxygénée dégage dix fois son volume d'oxygène.

On sait en effet que l'eau oxygénée, moins facilement décomposable qu'on le croyait, laisse dégager tout son oxygène *disponible*, lorsqu'on le met en contact avec certaines substances pulvérulentes, telles que le bioxyde de manganèse, le charbon, etc.

$$H^2O^2 = H^2 + \underline{O}$$

Le Codex conseille à cet effet l'essai suivant : « Cinq centimètres cubes de soluté sont introduits dans un tube gradué rempli de mercure et renversé dans une cuve pleine de ce métal. Faites alors arriver au contact de l'eau oxygénée un demi-gramme de bioxyde de manganèse pulvérisé, et enfermé dans un petit cornet de papier à filtrer. Après dégagement de l'oxygène, transportez le tube dans un vase plein d'eau, laissez refroidir, égalisez les niveaux — du *mercure*, dit inexactement le Codex, le mercure tombant au fond de l'eau — de l'eau à l'intérieur et à l'extérieur du tube gradué et mesurez l'oxygène : vous devez obtenir *au minimum* 50 centimètres cubes de gaz »

Ce procédé n'est pas très pratique puisqu'il exige une cuve à mercure ; de plus il se produit souvent une mousse abondante qui est gênante et l'emploi du bioxyde de manganèse souille l'appareil.

L'emploi de réactifs liquides est beaucoup plus commode et donne d'excellents résultats.

Par exemple, il suffit de décomposer un centimètre cube d'eau oxygénée par dix centimètres cubes d'hypobromite de soude (celui qui sert couramment au dosage de l'urée) dans un des nombreux appareils qui servent au dosage de l'urée dans l'urine : sous l'influence de l'hypobromite de soude l'eau oxygénée se décompose, à froid, en dégageant un volume d'oxygène double de celui qu'elle abandonne en présence du bioxyde de manganèse, ainsi que le fait voir l'équation :

$$H^2O^2 + BrO\,Na = 2O + H^2O + Na\,Br$$

La moitié de cet oxygène provient de l'eau oxygénée : c'est son oxygène disponible, ce qu'on est convenu d'appeler son *titre* ; l'autre moitié est empruntée au réactif lui-même.

Si donc, dans le tube mesureur, on a constaté une augmentation de volume de vingt-quatre centimètres cubes, pour un centimètre cube d'eau oxygénée, on dira que cette eau oxygénée titre 24/2 = 12 volumes.

Un procédé plus simple et qui peut à la rigueur être pratiqué par le médecin lui-même repose sur la

facile décomposition de l'eau oxygénée, en présence de l'acide sulfurique, par une solution de permanganate de potasse, à froid. Les premières portions de caméléon ajoutées se décolorent, en même temps qu'il se dégage de l'oxygène : et cela jusqu'à ce que toute l'eau oxygénée ait été décomposée. Une trace de caméléon en excès produit une coloration rose persistante. On comprend donc que si on se sert, pour produire la décomposition d'un volume déterminé d'eau oxygénée, d'une solution titrée de caméléon, on peut apprécier la quantité d'oxygène *disponible* cédée par l'eau oxygénée, c'est-à-dire son titre.

L'équation ci-dessous rend compte de la réaction qui se produit entre le permanganate de potasse et l'eau oxygénée.

$$5\,H^2O^2 + 2\,MnO^4K + 3\,SO^4H^2 = 10\,O + 2\,SO^4Mn + SO^4K^2 + 8H^2O$$

Ici aussi il se dégage un volume d'oxygène double de celui qui est disponible dans l'eau oxygénée, un égal volume étant cédé par le permanganate.

Or, en tenant compte des quantités qui interviennent dans la réaction, si on emploie une solution décinormale de permanganate, à 3 gr. 17 par litre, 1 cent. cube de cette solution correspond à 0,0008 gr., soit à 0 cc. 56 d'oxygène provenant de l'eau oxygénée.

Le manuel opératoire est le suivant : mesurer au moyen d'une pipette jaugée, 1 cent. cube d'eau oxygénée (ou mieux dix centimètres cubes d'une dilution au 1/10), ajouter 50 ou 60 centimètres cubes d'eau distillée, quelques gouttes d'acide sulfurique pur, et mélanger. Laisser couler dans le mélange la solution de caméléon, au moyen d'une burette, et en agitant avec une baguette de verre, jusqu'à obtention d'une teinte rose persistante. Lire sur la burette le nombre de centimètres cubes de solution de caméléon employés ; ce nombre multiplié par 0,56 donne immédiatement le titre de l'eau oxygénée essayée. Ainsi une eau oxygénée, dont un centimètre cube aura exigé 18,4 centimètres cubes de caméléon, pour se laisser colorer par lui, aura un titre de $18{,}4 \times 0{,}56 = 10$ vol. 3.

Ce mode de titrage, qu'on devrait substituer à celui que préconise le Codex, est d'une exécution facile et ne demande que quelques minutes.

Je tiens à prévenir ceux qui seraient tentés de l'employer, qu'ils seront quelquefois surpris par un fait curieux et qui rendrait perplexe un débutant : il arrive souvent que les premières gouttes de caméléon ajoutées à l'eau oxygénée acidulée, ne se décolorent pas, surtout lorsque l'eau oxygénée a subi l'action de la lumière. Brodie qui, le premier, fit cette remarque, crut pouvoir attribuer cette paresse de la réaction à un degré de dilution trop élevé, mais on observe la même chose avec des liquides relativement concentrés. Un phénomène analogue a lieu lorsqu'on titre une solution de permanganate de potasse par rapport à l'acide oxalique : les premières gouttes ne se décolorent pas, puis, une fois la réaction commencée, elle se continue régulièrement. Il en est de même avec l'eau oxygénée ; il suffit d'attendre quelques instants, d'agiter le mélange pour que la décoloration des premières gouttes se fasse ; les nouvelles portions de permanganate ajoutées se décolorent ensuite instantanément jusqu'à complète décomposition de l'eau oxygénée, c'est-à-dire jusqu'à coloration rose persistante, terme de la réaction.

Névrite hystéro-traumatique

Par le docteur F. Moty
médecin principal de deuxième classe de l'armée.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société (1) offre un type atténué de la névrite hystéro-traumatique.

Entré le 16 janvier 1898 dans mon service pour contracture incomplète des extenseurs de la main droite, il présentait à cette époque une extension permanente des trois derniers doigts consécutive à une plaie contuse de l'articulation phalango-phalangienne supérieure de l'auriculaire droit, par coup de pied de cheval.

L'accident avait eu lieu le 26 novembre, mais la plaie étant peu étendue, le blessé continua son service, et ne se présenta à la visite du médecin que le 3 décembre. La plaie s'était infectée; une petite incision donna issue à du pus et quelques pansements antiseptiques du doigt furent nécessaires pour amener la résolution et la cicatrisation, qui eut lieu vers le 25 décembre. Mais pendant la poussée phlegmoneuse une contracture s'était établie et l'annulaire restait en extension.

Au moment de l'entrée, on constate une cicatrice dure à la partie dorsale du doigt blessé ; la peau de ce doigt est bleuâtre et toute la main transpire abondamment, le médius surtout.

Le doigt blessé est notablement refroidi ; lui seul est en extension permanente complète, les autres doigts conservent environ la moitié de leur mouvement de flexion, l'index dépassant un peu les autres.

Les massages et la mobilisation assez peu douloureuse, sauf au début des séances, l'électrisation faradique

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord, le 27 janvier 1899.

faible ou plus forte avec courte application, améliorent notablement la situation et, en février, le malade plie lui-même ses doigts ; l'annulaire restant notablement en arrière des autres.

Une tentative de traitement par l'iodure de potassium à hautes doses est mal supportée et n'est pas continuée et le malade sort en mars, dans l'état ci-dessus décrit, avec un congé de un mois.

Il rentre, le 5 juin, dans le même état, c'est-à-dire avec l'annulaire en extension permanente, mais avec conservation partielle de la flexion des autres doigts. Les courants continués faibles, appliqués en juillet et août, ne donnent pas de résultats appréciables et le malade part, le 29 octobre, pour Amélie-les-Bains, dans l'état où il était en juin.

A son retour des eaux, le 7 janvier, l'état de sa main droite est plutôt aggravé ; l'index seul conserve le quart environ de son mouvement de flexion ; le pouce, lui-même intact jusqu'ici, a perdu une petite partie de sa flexion ; les efforts du malade pour vaincre ses contractures produisent un tremblement des doigts rythmé à 6 ou 7 oscillations par seconde.

D'un autre côté toute la main est refroidie et transpire beaucoup à la chaleur du côté cubital.

La sensibilité tactile est légèrement diminuée à la main droite.

Cette même main présente une teinte violacée assez accusée et un effacement presque complet des plis cutanés dorsaux, ceux de la paume sont seulement très diminués.

La mensuration des membres supérieurs pratiquée dans chacun des trois séjours a donné des résultats à peu près semblables :

	Côté droit	*Côté gauche* (sain)
Main.	23	22
Poignet	17	17 5
Avant-bras. . .	25	26.5
Bras.	24.5	26

ce qui indique un léger degré d'atrophie musculaire au membre supérieur droit.

Les pulsations radiales paraissent équivalentes à droite et à gauche.

L'examen général du sujet donne :

1° Champ visuel :

Droit	*Gauche*
70 — 47	46 — 60

soit un peu de rétrécissement.

2° Sensibilité générale : un peu d'hyperesthésie au côté gauche du thorax ; nerfs du membre supérieur droit sensibles à la pression au niveau du bras ; réflexes oculaire et pharyngien très faibles. Pupille gauche un peu moins dilatée que la droite.

3° État général bon, pas de diathèse reconnue en dehors de l'hystérie.

Nous sommes donc en présence d'une perte à peu près totale des fonctions de la main droite résultant d'un traumatisme insignifiant à l'annulaire du même côté ; c'est le quatrième ou cinquième cas de ce genre qui se présente à mon observation depuis cinq ans, et ici comme dans les cas précédents coexistent des phénomènes nettement hystériques et des symptômes de névrite.

Ces deux ordres de symptômes ont évolué parallèlement et ont dû débuter immédiatement après le traumatisme ; la névrite est peu accusée ; cependant l'état lisse assez marqué des doigts, le refroidissement de la main, la diminution de la sensibilité et la légère dilatation de la pupille droite me paraissent suffire pour affirmer l'existence de la névrite traumatique.

Quant à la contracture, après avoir rétrocédé d'abord à la suite des premiers massages, elle s'est ensuite accusée de plus en plus et il est à regretter qu'un traitement par suggestion n'ait pu être entrepris, car tous les autres moyens employés, y compris les eaux thermales, se sont montrés sans efficacité.

Quoi qu'il en soit, cette observation vient à l'appui des idées que j'ai précédemment émises devant vous et au congrès de 1896 sur le rôle de l'hystérie dans les névrites traumatiques et montre combien le pronostic doit être réservé chez les hystériques, même en présence des traumatismes les plus insignifiants.

Adjonction du sulfate de quinine pour éviter les accidents d'intolérance salicylée

Par le docteur **Decoopman** (de Condé-sur-Escaut)

Je viens d'obtenir un bon et rapide résultat par l'emploi du salicylate de lithine combiné au sulfate de quinine, chez un de mes clients, qui, depuis quinze ans qu'il est rhumatisant, présentait une intolérance remarquable pour le salicylate de soude.

Ce dernier médicament passe pour spécifique des accès rhumatismaux. Toutes ces raisons réunies m'ont paru suffisantes pour communiquer mon observation.

Voici d'abord quelques renseignements sur le passé morbide de mon malade : Pas d'antécédents héréditaires. A l'âge de 35 ans, consécutivement à un travail en plein air, sous la pluie, première attaque de rhumatisme : les deux poignets et le genou gauche sont atteints. Le malade prend du salicylate de soude à hautes doses : des bourdonnements d'oreilles, de la céphalée, des nausées et des vomissements très péni-

bles apparaissent. L'insomnie est complète et tous ces signes d'intolérance médicamenteuse durent tout le temps que le salicylate de soude est administré (quinze jours environ) et cessent peu à peu, avec l'attaque rhumatismale, dont la durée fut de trois semaines.

Depuis ce temps, 6 attaques plus ou moins violentes, plus ou moins longues, se sont produites et toujours le salicylate a rencontré la même résistance, a éprouvé le même échec. Il y a un an, au moment du dernier accès, des badigeons au salicylate de méthyle n'ont pas sensiblement amélioré la situation. La durée moyenne des six attaques a été de trois semaines.

Mis au courant de ces faits par le malade lui-même, qui était venu me consulter quelques semaines auparavant, je fus appelé près de lui le 27 janvier dernier, dans l'après-midi.

A la suite d'une promenade faite la veille et pendant laquelle il fut surpris par la pluie, mon malade avait dû se mettre au lit, avec de violents frissons et une douleur cuisante dans le poignet gauche.

En arrivant auprès de lui, je constatai un gonflement et une rougeur intenses de toute l'articulation radio-carpienne gauche. Douleurs continuelles avec paroxysmes ; fièvre : 38 8 ; pouls : 100 ; léger souffle d'insuffisance mitrale.

Je fis faire un badigeonnage du poignet avec le liniment suivant, que je tiens d'un vieux confrère :

Glycérine	30	grammes
Alcool camphré	30	»
Ether	8	»
Chloroforme	10	»
Teinture thébaïque	3	»

et conseillait un enveloppement ouaté.

Je prescrivis, pour la soirée, à prendre à une heure d'intervalle, quatre paquets, ainsi composés :

Pour un paquet :	Salicylate de lithine . .	0 gr. 50
	Sulfate de quinine . . .	0 gr. 20

soit en tout 2 grammes de lithine et 0.80 centigrammes de quinine.

28 janvier. — La nuit avait été agitée. Léger assoupissement de quatre à six heures du matin ; fièvre : 38° ; pouls : 92.

J'ordonnai quatre nouveaux paquets pour la journée : deux dans la matinée et deux vers le soir, avec un nouveau badigeon. Régime lacté exclusif. Eau de Contrexéville et potion avec 0.30 centigrammes de poudre de feuilles de digitale.

Vers le soir, les douleurs s'apaisèrent, le gonflement parut s'étendre vers l'avant-bras et la face dorsale de la main gauche. Des douleurs nouvelles, mais tolérables, apparurent dans le genou et le pied droits avec un très léger gonflement, une rougeur peu accusée et une élévation de chaleur locale peu appréciable. J'ordonnai néanmoins un badigeonnage de ces parties avec le liniment ci-dessus et un enveloppement ouaté.

29 janvier. — Nuit calme. Douleurs très atténuées, ne se réveillant pour ainsi dire que lorsque le malade met en mouvement les articulations atteintes ; température : 37°5 ; pouls : 72. Les douleurs du genou et du pied droits étaient presque disparues.

Pour la journée, je continuai le régime lacté, mais je diminuai de moitié la dose de quinine et le malade prit dans la journée quatre paquets ainsi composés :

Salicylate de lithine	0 gr. 50
Sulfate de quinine	0 gr. 10

soit deux grammes de lithine et 0 gr. 40 de quinine.

30 janvier. — La nuit du 29 au 30 fut excellente. Le sommeil dura de neuf heures du soir à quatre heures du matin. La fièvre était disparue, le pouls normal. Les mouvements du poignet étaient possibles ; le gonflement et la douleur étaient presque nuls. Je permis au malade trois œufs, deux bols de bouillon et un peu de pain. Comme boisson, du lait et une infusion de tilleul.

31 janvier. — Quand j'entrai chez lui dans la matinée, mon client était levé. « La maladie est autre », me dit-il. Je lui recommandai néanmoins beaucoup de prudence et lui fis promettre de passer dans son lit la plus grande partie de la journée, en lui conseillant de prendre pendant deux ou trois jours encore deux paquets de lithine.

Le troisième jour mon malade vint me remercier chez moi. Depuis la veille, il n'éprouvait « plus absolument rien, me dit-il ». Il avait repris son régime habituel et me demanda s'il devait continuer la lithine. Je lui conseillai seulement l'eau de Contrexéville pendant un moment.

Depuis le 3 février, mon client a repris son existence habituelle ; aucune douleur ne l'a repris et j'ose espérer que tout est rentré dans l'ordre. L'accès a donc duré quatre jours à peine : il a été jugulé par 13 grammes de salicylate de lithine, pris du 27 janvier au 3 février et par 3 gr. 40 de sulfate de quinine.

Pendant toute la période de l'accès, le malade n'a éprouvé aucun des phénomènes d'intolérance qu'il éprouvait avec le salicylate de soude. La diurèse a toujours été abondante : le cœur s'est promptement remis en état et l'appétit paraît n'avoir nullement souffert.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Ollier montre le résultat d'une résection du coude après 28 ans.

Il s'était formé une nouvelle articulation.

Société de Chirurgie. — La discussion continue toujours sur le traitement de l'appendicite.

— M. Monod a observé des épiploïtes et des abcès causés par l'infection des ligatures à la soie dans la cure radicale des hernies.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Sicard a observé l'analgésie trachéale profonde chez les tabétiques.

Société de Biologie. — M. Chantemesse. — L'examen du sang chez les érysipélateux peut fournir des renseignements utiles sur le pronostic de la maladie, ou sur les rechutes possibles.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Février 1899

Présidence de M. le docteur Carlier, *président.*

Alcoolisme aigu chez un nourrisson de deux mois

M. Ausset rapporte l'histoire clinique d'un cas d'alcoolisme aigu ayant évolué chez un enfant de deux mois et demi, allaité par une nourrice alcoolique....

« Vers le 25 janvier, je suis appelé en consultation par le docteur Derode, auprès d'un enfant offrant des symptômes très manifestes de méningite.

» L'enfant, alors âgé de deux mois, présentait une tumeur du volume d'une grosse noix, au niveau de la fontanelle bregmatique, tumeur produite par suite de l'augmentation du liquide céphalorachidien et de la hernie consécutive du sac méningé à travers les parois de la fontanelle encore entr'ouverte ; la température oscillait aux environs de 39°, la tête était rejetée en arrière, les muscles de la nuque contracturés. Le petit malade présentait aussi des troubles gastro-intestinaux, entre autres de la diarrhée, et quelques râles dans la poitrine, symptômes fréquents dans la méningite chez les enfants. En outre il paraissait souffrir de céphalalgie. Le diagnostic soit de méningite tuberculeuse aiguë, soit de grippe avec phénomènes méningitiques, ne pouvait être posé d'une façon précise.

» Je vis persister durant plusieurs jours les mêmes accidents, et notai même une légère aggravation (vomissements, respiration de Cheyne-Stokes) ; devant ces symptômes j'instituai le traitement palliatif de la méningite.

» Cet enfant était allaité par une nourrice mercenaire, qui avait l'habitude de s'enivrer tous les soirs ; mais on n'apprit ces détails qu'après le départ de cette nourrice, voulant brusquement et à tout prix retourner à la campagne. L'enfant fut donc privé de nourrice pendant quelques jours ; après ce départ les phénomènes méningitiques s'amendèrent peu à peu. Le rythme respiratoire redevint normal, la fièvre disparut, les troubles gastro-intestinaux cessèrent également. En même temps la tumeur, développée au niveau de la fontanelle bregmatique, se résorba peu à peu. Actuellement tout est normal, l'enfant est bien portant et son poids augmente rapidement. »

Il est évident que l'on ne peut, à la suite de l'évolution symptomatique rapportée, penser à de la méningite, ni aiguë, ni tuberculeuse.

Aussi M. Ausset croit-il être en présence d'un cas d'alcoolisme aigu provoqué par l'alcoolisation de la nourrice, comme on en voit souvent dans la classe ouvrière, où les mères boivent beaucoup d'alcool, sous des formes variées ?

Si le diagnostic précis n'a pas été posé dès le début, c'est que la mère de l'enfant présentait au cou des traces évidentes de scrofule et aux poumons des signes non douteux de tuberculose ; qu'elle avait, en outre, perdu un fils de méningite tuberculeuse.

De plus, la garde-malade chargée de veiller l'enfant, avait remarqué des troubles vaso-moteurs fréquents du côté du visage, la face étant tantôt pâle, tantôt colorée. Et tous ces renseignements avaient pour leur part contribué à égarer le diagnostic.

M. Combemale abonde dans le sens de M. Ausset et n'a aucune peine à accepter le diagnostic d'alcoolisme aigu. Il rapporte une observation analogue. Il ne s'agit pas toutefois d'un nourrisson, mais d'un enfant de deux ans et demi qui présenta des phénomènes analogues à ceux décrits par M. Ausset.

La mère de cet enfant vint un jour dans son cabinet lui raconter qu'elle avait déjà perdu un enfant, son jumeau, de méningite, et que son second fils marchait sur les traces du premier : il dépérissait (les nuits étaient agitées, le caractère inégal ; il y avait inappétence, des digestions pénibles), la mère, croyant fortifier son enfant, lui faisait prendre force vin de quinquina, beaucoup de bière, sur le conseil, du reste, de son docteur ; mais les symptômes ne s'amendaient aucunement.

M. Combemale, convaincu que l'alcool seul occasionnait tous les troubles observés, soumit, non sans résistance, le malade au régime lacté absolu, promettant l'amélioration rapide. Et, en effet, les nuits redevinrent rapidement calmes, les digestions normales et l'enfant jouit maintenant d'une bonne santé. Le spectre de la méningite a disparu de l'esprit de la maman.

M. Deléarde demande si l'alcool absorbé par la nourrice altère le lait ou s'il passe directement dans la glande mammaire et s'élimine ainsi.

M. Combemale est persuadé que l'alcool passe dans le lait et que c'est là un mode d'élimination de l'alcool. Mais les nourrissons ne sont pas seulement intoxiqués en prenant le lait de mères éthyliques. En

effet, dans bien des régions, entre autres dans la Normandie, les nourrices donnent directement de l'alcool aux enfants qu'elles allaitent, au verre ou par le nouet, et les statistiques de cette région relatent de nombreux cas de méningites ou de pseudo-méningites, ce qui vient à l'appui de l'intéressante observation rapportée par M. AUSSET.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Epilepsie larvée et équivalents épileptiques. — L'épilepsie psychique; ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité, par P. ARDIN-DELTEIL. Thèse de Montpellier, juin 1898, 277 pages. Librairie Baillière.

Ce remarquable travail constitue la première moitié d'une étude sur l'épilepsie larvée ; il traite de l'épilepsie psychique. La dernière moitié sera consacrée aux équivalents moteurs, sensitifs, sensoriels et viscéraux.

Tel qu'il est, il forme un tout complet sur une des parties les plus curieuses et les plus difficiles d'ailleurs de la pathologie nerveuse, au point même où elle confine à la médecine mentale. Les idées neuves, pour beaucoup, qui y sont exposées, sont mises en pleine lumière à la faveur d'un style des plus clairs qui contribue à augmenter l'intérêt de la lecture de cette sérieuse étude.

Ceux qui ont lu TROUSSEAU se souviendront peut-être qu'il fait une large part dans ses cliniques à la folie épileptique ; le sujet commençait déjà à s'éclaircir à cette époque, grâce surtout aux travaux de MOREL qui venait de poser les premiers jalons ; la sèche analyse qui suit parviendra peut-être à montrer tout le chemin parcouru depuis lors.

Une affection est dite larvée lorsqu'à son expression symptomatique habituelle s'en substitue une autre atypique, qui la dissimule sous un masque. Quel fil conducteur peut-on alors prendre pour retrouver sa nature véritable ? Quel sera le critérium de l'épilepsie, dans le cas particulier actuel ? La clinique, la thérapeutique et l'anatomie sont impuissantes à le fournir. M. ARDIN DELTEIL croit que la biologie représentée ici par la recherche des modifications des échanges nutritifs, pourrait permettre de dépister le mal comitial dans ses modalités les plus obscures ; la composition de l'urine et du suc gastrique, la toxicité de la sueur et du sang serviraient de base à l'établissement de ce critérium biologique.

L'épilepsie peut être fruste sans être larvée ; elle se borne alors à un des symptômes caractéristiques de la maladie ; elle est mutilée. L'épilepsie larvée, elle, est transfigurée. Elle peut être pure, ou associée à des accès normaux. — Les manifestations anormales de l'épilepsie larvée portent le nom d'équivalents épileptiques ; ce sont des symptômes hétérotypiques. La thèse dont nous parlons étudie simplement les équivalents psychiques.

L'équivalent psychique, dit OTTOLENGHI, consiste en une convulsion localisée dans les centres corticaux, qui se manifeste par des actes impulsifs étranges ou délictueux. Il représente dans le champ psychique ce que l'accès classique représente dans la sphère motrice. A partir de l'absence pure (violoniste de TROUSSEAU), qui est la forme la plus basse, s'échelonne une série d'états graduellement complexes, bâtis de modalités psychiques. On attache une grande importance à l'inconscience qui accompagne l'exécution des actes morbides et à l'amnésie consécutive ; or, ce sont des éléments inconstants. Toutes les fois que la perte de connaissance est complète, la pause de la conscience et l'amnésie sont la règle ; mais, amnésie ne signifie pas toujours qu'il y ait eu perte de connaissance et de conscience. Il existe bien une épilepsie convulsive ordinaire avec conscience.

Formes psychiques équivalentaires : On considère des formes avec excitation, des formes avec dépression et des formes alternantes.

A. *Formes avec excitation :* L'épilepsie criminelle et délictueuse comprend la manie avec fureur, les impulsions à l'homicide et au suicide, à l'incendie ou au vol, l'exhibitionnisme, etc. Sans dire avec LOMBROSO que toute la criminalité se résume dans l'épilepsie, il n'en est pas moins vrai qu'on doit reconnaître que le crime peut résulter d'une maladie. Le criminel Papavoine, qui fut exécuté, obéissait à des impulsions de nature comitiale ; c'est un exemple entre mille. L'épilepsie homicide offre le plus souvent une évasion brusque : un motif de meurtre peut paraître exister, mais la préméditation manque, bien qu'il n'y ait pas toujours instantanéité dans la détermination. Le meurtre offre une grande brutalité, de la férocité sans aucune dissimulation, sans complicité. Un besoin de marcher ou un sommeil suivi d'oubli et d'indifférence absolue s'observent d'ordinaire. Quant à l'exhibitionnisme, c'est un acte d'un calme cynique, accompli en public, dans un but inconnu et qui n'a rien de sexuel. Le souvenir fait défaut.

L'épilepsie délirante simple avec excitation comprend la manie non délictueuse, des impulsions non criminelles et l'impulsion à voyager. La manie épileptique est un délire expansif, toujours calqué sur un même cliché; il est coloré par des hallucinations érotiques, religieuses ou autres ; il est remarquable par la lucidité et l'apparence de raison des malades; il est très violent. A côté des impulsions comitiales les plus bizarres, il faut placer l'automatisme ambulatoire épileptique : nécessité d'aller devant soi, amnésie, intervention d'une conscience rudimentaire pendant la durée du voyage.

B. *Formes avec dépression*. La stupeur épileptique peut aller de l'absence transitoire à l'anidéation totale avec inertie. Il existe en outre une narcolepsie comitiale.

C. *Formes avec alternatives d'excitation et de dépression.* Elles se caractérisent par définition.

Tous les actes de l'épilepsie psychique sont automatiques et impulsifs. Ils paraissent spontanés et sont pourtant sans volonté libre. Le sujet n'en est pas responsable, car sa volonté a été radicalement détruite. La psychose comitiale peut toujours s'expliquer soit par l'épilepsie seule, soit par l'intervention d'un élément vésanique héréditaire. La pathogénie de l'épilepsie psychique est malaisée à établir. On tend de plus en plus à regarder l'épilepsie idiopathique comme le résultat de l'irritation des neurones cervicaux (héréditairement prédisposés) par une auto-intoxication ; l'épilepsie essentielle serait chimique. On peut concevoir que les neurones psychiques soient plus irritables que d'autres. M. Ardin-Delteil part de là pour créer une théorie personnelle, basée sur la différenciation d'un système fonctionnel inférieur (polygone de Grasset) et d'un système supérieur constituant le moi. Nous ne le suivrons pas sur ce terrain qui exigerait plus ample connaissance de la psychologie ; l'auteur lui-même déclare qu'il faut peut-être abandonner ces théories ; les lecteurs curieux les trouveront pages 188 à 197.

Le nœud de la question de l'épilepsie larvée est dans le diagnostic. On en voit dès l'abord toute la valeur, mais aussi toute la difficulté. Pour M. Ardin-Delteil, le vrai critérium de la nature épileptique d'une manifestation, a été fourni par Mairet et Vires sous la forme que voici : l'hypotoxicité urinaire est constante dans l'épilepsie ; elle existe en dehors de toute attaque, même lorsque les attaques sont suspendues depuis des années.

Elle est donc bien fonction de la névrose et en constitue un stigmate permanent. Malgré l'absolu de cette formule, on reconnaîtra qu'il ne doit pas toujours être facile de dire si oui ou non tel ou tel acte ressort à l'épilepsie.

Il serait pourtant bien nécessaire que la médecine légale pût porter un jugement certain en la matière.

Le dernier chapitre de l'ouvrage montre quelles questions délicates soulève ce sujet. L'ultime conclusion est la suivante : tout acte commis au cours d'un paroxysme psychique est non imputable ; l'épileptique psychique qui a commis un crime est un aliéné et doit être considéré comme tel ; il ne relève que de la loi sur les aliénés.

Nous regrettons que le manque de place n'ait permis de donner que les grandes lignes d'une étude qui, lorsqu'elle sera achevée par les équivalents moteurs, sensitifs, sensoriel et viscéraux, constituera un vrai traité de l'épilepsie larvée.

Dr Ingelrans.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à l'étude de la médecine, par G. H. Roger, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — G. Carré et C. Naud, édit. ; 1 vol., 7 francs.

Sous le titre modeste d'Introduction à l'étude de la médecine, M. G. H. Roger, a, en réalité, et bien qu'il s'en défende, écrit un traité de pathologie générale qui est, sans contredit, le meilleur guide que l'on puisse offrir, non seulement à l'étudiant et au débutant, mais encore au médecin qui, ayant quitté les bancs de la Faculté, désire se rendre compte de l'orientation générale des idées médicales actuelles, savoir en un mot d'où souffle le vent scientifique. Le livre est d'autant meilleur que les doctrines médicales actuelles y sont considérées de haut, avec le large esprit philosophique qui anime tous les travaux de M. Roger, et exposées avec une clarté et une concision qui font le plus grand honneur à son talent.

Le plan adopté est fort simple, et pour ainsi dire naturel. Après un chapitre de notions préliminaires sur le but de la médecine et ses moyens d'étude, M. Roger passe en revue successivement les agents physiques, chimiques, mécaniques et animés qui, par les modifications qu'ils impriment à l'organisme et les réactions qu'ils provoquent, sont les causes des maladies. L'infection, les réactions nerveuses, les troubles de la nutrition, les auto-intoxications sont ensuite étudiés dans leur mécanisme pathogénique. Dans le chapitre suivant, M. Roger montre par l'exposé général de la pathologie du fœtus et par l'étude de l'hérédité que dès les premiers moments de la vie intra-utérine, dès la conception même, l'organisme peut recevoir les impressions morbifiques, et que celles-ci, malgré les apparences contraires, ont toutes leur origine, directe ou indirecte, dans des influences anormales des modificateurs extérieurs.

Rien de plus suggestif que la théorie de l'hérédité exposée par M. Roger. Deux grandes lois semblent la régir et l'expliquer : ce sont la loi de la *conservation du type ancestral*, et la loi de l'*évolution*. La conservation du type ancestral, M. Roger l'explique avec Weissmann par la *continuité du plasma germinatif*. L'évolution, c'est-à-dire l'hérédité des caractères acquis, M. Roger l'explique en admettant que seules les modifications fonctionnelles capables d'impressionner les cellules germinatives sont héréditaires.

Nous ne résistons pas au plaisir de citer ici l'auteur : « En » résumé, dit-il, nous admettons que le plasma germinatif » traverse les âges sans avoir de tendance à se modifier : il » assure la personnalité de l'espèce. Les cellules somatiques au » contraire subissent l'influence de l'évolution ; impressionnées » par les agents externes elles réagissent à leur tour sur les » cellules germinatives, et leur impriment une direction nouvelle ; » elles tendent à modifier le type primitif. Reprenant ainsi les » deux grandes lois que nous formulions comme rendant compte » des phénomènes de l'hérédité nous dirons : la loi de la conser- » vation du type ancestral s'explique par la persistance du » plasma germinatif ; la loi de l'évolution s'explique par les » modifications des cellules somatiques. Les changements acci- » dentels ne se transmettent pas, car ils atteignent seulement le » soma. Les troubles fonctionnels sont héréditaires, quand les » modifications somatiques peuvent retentir sur les cellules » germinatives. Si dans ce dernier cas, des modifications anato- » miques apparaissent, c'est que le développement et la struc-

» ture des organes sont régis par les fonctions auxquelles ils » servent de substratum ».

On voit par cette citation avec quelle clarté sont exposées les questions les plus ardues.

L'auteur passe ensuite aux divers modes de réaction de l'organisme, et après avoir exposé successivement les grands traits de la physiologie et de l'anatomie pathologiques, il montre l'évolution des maladies et termine son livre en en consacrant les 200 dernières pages à l'examen des malades, à l'application à la clinique des procédés scientifiques d'investigation, au diagnostic, au pronostic, à la thérapeutique. Le volume se termine par une table analytique et un lexique qui complètent heureusement l'ouvrage.

Une seule chose étonne plus que l'énorme quantité de matériaux contenus dans ce livre, c'est l'ordre logique et la clarté de leur classement. L'excellence de la méthode d'exposition est bien faite pour caser les idées et les faits dans l'esprit du lecteur.

Nous croyons rendre service aux lecteurs de l'*Echo médical du Nord* en leur conseillant vivement la lecture du livre de M. ROGER. Tous y trouveront, nous n'en doutons pas, le plus grand profit, et un vif plaisir intellectuel. H. SURMONT.

VARIÉTÉS

Acquittement du Dr Lassalette

On se rappelle la condamnation prononcée, avec une générosité qui n'a pas lieu de nous surprendre, contre le Dr LASSALETTE (de Pau) sous le chef d'homicide par imprudence (oubli d'une pince dans l'abdomen d'une malade). Notre confrère soutint que telle ne pouvait être la cause de la mort, survenue trois heures après l'opération, mais que sa malade avait été empoisonnée.

Le mari poursuivit le Dr LASSALETTE devant le tribunal correctionnel de Pau pour dénonciation calomnieuse, et l'affaire a été appelée le vendredi 20 janvier.

A l'audience, notre confrère a tout simplement demandé l'exhumation et une expertise médico-légale. Or, chose assez singulière, on les lui a refusées, mais on l'a acquitté ! Cela en dit long. (*Concours médical*).

Hystérie chez un chat et chez un serin

HIGIER (de Varsovie) publie les cas suivants dans le *Neurologisches Centralblatt*. Un petit chat de neuf mois, gai, aimant à jouer avec les enfants, fut mordu au dos par un chien. Il ne remuait plus en courant que les pattes antérieures et traînait le tronc et les pattes postérieures qui étaient anesthésiées : la queue était également paralysée. Il semblait qu'on lui eût tranché la moelle. Un jour, il tomba du premier étage : il fut instantanément guéri. Il est évident qu'il s'est produit un effet psychique ; le caractère hystérique de la paralysie est démontré en outre par la conservation des fonctions de l'intestin et de la vessie. A remarquer que la mère du chat souffrit pendant sa gravidité de convulsions cloniques.

Un serin fut attaqué par un chat qui arracha la cage du mur. L'oiseau ne fut pas touché, mais il gisait raide au fond de la cage. On le réveilla en lui jetant quelques gouttes d'eau : il redevint gai et mangea comme d'ordinaire, mais il resta muet. Ce n'est qu'après six semaines que l'aphonie disparut.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Docteur en médecine condamné pour exercice illégal de la médecine

Nul n'est censé ignorer la loi. Cet adage pourrait faire pendre à peu près tout le monde.

Le 2 janvier dernier, à Dieppe, un de nos jeunes confrères a été condamné en police correctionnelle à 16 francs d'amende. Tout en bénéficiant de la loi Bérenger, il aura pendant cinq ans un casier judiciaire.

Son crime est d'avoir, sans être docteur en médecine, remplacé un médecin, et de ne s'être pas muni de l'autorisation préfectorale. Certes, il a eu tort. Le jeune médecin en question est un élève de l'Ecole de Médecine de Rouen. Il est de ceux que leur éducation, leur conduite, leur travail rendent sympathiques. Il a laissé parmi ses maîtres et ses camarades le meilleur souvenir. Bref, c'est un homme fort honorable. Dès qu'il apprit qu'il n'était pas en règle, il obtint, sans la moindre difficulté, l'autorisation nécessaire pour exercer légalement. Le 22 décembre, il passait sa thèse. Toutes ces circonstances n'ont pas eu pour effet de suspendre les poursuites.

Les médecins sont les premiers à attendre de la loi une protection contre la concurrence illicite des charlatans qui pullulent et opèrent en toute sécurité. Mais n'est-ce pas déformer la pensée de cette loi que de l'appliquer à une pure contravention digne tout au plus, à notre sens, de la juridiction de simple police ? Est-il possible d'assimiler un médecin honnête à un « rebouteux » de profession ? N'est-il pas excessif de poursuivre rigoureusement l'omission d'une formalité sans grande conséquence ? Remarquons, d'autre part, qu'il n'est pas rare de voir la justice peu disposée à réprimer des abus véritablement préjudiciables à la santé publique et à l'intérêt légitime du corps médical. Un berger guérisseur est poursuivi sur la demande d'un médecin fort honorablement connu ; les faits sont évidents, le berger se tire d'affaire avec 2 fr. d'amende.

Qu'est réellement l'exercice illégal de la médecine ? C'est un délit que commet sciemment et dans un but intéressé un individu qui, étranger à l'art médical, s'efforce néanmoins de surprendre la confiance des malades. L'infraction de notre jeune confrère ne ressemble en rien à cette violation intentionnelle de la loi.

Ces remarques ont été faites dans une lettre adressée aux médecins membres du Parlement par l'honorable Président du Syndicat des Médecins de Rouen.

L'avocat-conseil du Syndicat fait remarquer en outre qu'il semblerait logique d'assimiler la faute qui nous occupe ici à celle que commet un médecin qui néglige de faire enregistrer son diplôme. L'une et l'autre contravention devaient être déférées au juge de police (comme l'avait demandé M. Hervé de Saissy pour le second cas lors de la préparation de la loi) au lieu d'être frappées de peines correctionnelles inscrites au casier judiciaire malgré l'évidente bonne foi des contrevenants. — (*Journal Officiel*, 23 novembre 1892, déb. parl., p. 929).

C'est en s'inspirant de ces réflexions que le Syndicat de Rouen a cru devoir faire appel aux confrères députés et séna-

teurs, pour soutenir les intérêts du jeune confrère et ceux de tout le corps médical.

Dans l'état actuel des choses, la défense efficace d'un confrère est extrêmement difficile. De nombreux exemples l'ont montré dans ces derniers temps. Le « Corps médical » n'existe pas, à proprement parler. L'esprit de solidarité est faible parmi nous. C'est la conséquence de l'éducation française qui n'est pas libérale. Nombre de médecins ne comprennent pas exactement ce que contient le mot de liberté. Ils s'imaginent que la liberté consiste à laisser chacun libre d'agir à sa guise. C'est là au contraire le vrai moyen de tuer les libertés publiques en laissant libre cours à la licence individuelle de mal faire.

Si nous étions des hommes épris de liberté, le préjudice causé à l'un de nous devrait nous trouver tous debout pour l'empêcher ou le réparer, et c'est tout au plus si une affaire aussi grave que celle qui nous occupe réunit une dizaine de médecins dans une séance spéciale de l'Association professionnelle.

Il en sera longtemps ainsi et tout porte à croire que l'esprit de particularisme va se développer grâce aux difficultés croissantes de la vie pour les jeunes médecins.

Il y a cependant encore des confrères qui s'alarment de cet état de choses et qui pensent que s'il existait un *Ordre des Médecins*, la Justice, qui est chargée d'appliquer la loi, saurait à qui s'adresser pour se renseigner sur la valeur morale des contrevenants. Le Conseil de l'Ordre aurait qualité pour éclairer les magistrats et rappeler que *summus jus* est souvent *summa injuria*. Il serait l'intermédiaire naturel et autorisé entre le dénonciateur et le magistrat. Il substituerait son action collective, modératrice, à une action individuelle quelquefois injuste et haineuse.

Il est certain que si nous avions un *Ordre* des Médecins, nous n'aurions pas assisté à ce spectacle extraordinaire : un docteur en médecine condamné pour exercice illégal de la médecine.

Quoi qu'il en soit, le confrère condamné le 2 janvier peut être sûr que l'accident dont il est victime ne diminuera en rien l'estime que ses clients auront sûrement pour lui ; l'incident aura au moins pour résultat de provoquer l'expression publique des excellents sentiments que ses maîtres de l'Ecole de Rouen professent pour lui.

R. B.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Il vient de se constituer à Paris la **Société de Pédiâtrie.**

La première séance d'inauguration a eu lieu le 21 février dernier.

Ont été élus : Président: M. le professeur LANNELONGUE ; vice-président : M. le professeur GRANCHER ; secrétaire-général : M. le docteur GUINON ; secrétaires annuels : MM. les docteurs MAUCLAIRE et MÉRY ; trésorier: M. RICHARDIÈRE.

Parmi les membres correspondants, nous notons MM. PHOCAS et AUSSET, agrégés, chargés de cours à l'Université de Lille.

Les séances ont lieu le deuxième mardi de chaque mois, à l'hôpital des Enfants Malades.

Institut Pasteur de Lille

Les *Cours de Bactériologie et de Thérapeutique expérimentale*, professés à l'Institut Pasteur de Lille par M. le Dr CALMETTE, commenceront le mercredi 15 mars 1899 à trois heures de l'après-midi, et se continueront les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, à l'Amphithéâtre de l'Institut, boulevard Louis XIV.

Les personnes non inscrites au rôle des étudiants de l'Université, qui désireraient assister à ces cours, sont priées de demander une carte d'admission au Secrétariat de l'Institut. Ces cartes d'auditeurs sont délivrées gratuitement.

Les conférences et exercices pratiques de Bactériologie, dirigés par M. le Dr DELÉARDE, professeur agrégé, chef des travaux, et par M. le Dr PAINBLAN, préparateur du cours, auront lieu les mardis et jeudis de chaque semaine, à partir du jeudi 16 mars, de trois heures à cinq heures de l'après-midi.

Les élèves des Facultés de médecine ou des sciences qui versent à l'Université les droits de travaux pratiques sont admis à travailler dans les laboratoires de l'Institut Pasteur, du 16 mars au 1er juillet, tous les jours, de trois heures de l'après-midi à six heures du soir, sans avoir à payer aucune rétribution spéciale à l'Institut.

Les personnes étrangères à l'Université sont admises à suivre les mêmes exercices et conférences, moyennant une redevance de 100 francs, payable d'avance au Secrétariat de l'Institut Pasteur.

Le cours de Bactériologie traitera cette année des *Microbes de l'eau et du sol* (Analyse bactériologique des eaux d'alimentation et des eaux industrielles ; Analyse bactériologique de la terre arable. Etude des principaux microbes pathogènes que l'on rencontre dans les eaux et dans le sol ; Bactéridie charbonneuse, microbes de la suppuration, bacille typhique, bactérium coli, choléra, tétanos, septicémie vibrionienne, tuberculose, sporozoaires et paludisme).

Programme des Conférences et Exercices pratiques de bactériologie (Semestre d'été)

I. — Maniement du microscope, de l'objectif à immersion, du condenseur d'Abbe. Préparer et examiner sans coloration, dans une goutte d'eau distillée : *Aspergillus niger, Penicillium glaucum, Mucor mucedo, Levûre de bière, Ferment lactique, Bacillus subtilis.*

II. — Préparer dix tubes de pommes de terre. Les stériliser à 115° pendant une demi-heure. Technique des ensemencements sur pomme de terre et sur gélose avec le fil de platine. Ensemencer : *Microbacillus prodigiosus sur pomme de terre. Sarcine jaune sur gélose. Bacillus subtilis sur gélose.*

III. — Stériliser à sec à 170° pendant 1 heure, 10 tubes à essai vides, bouchés à l'ouate. Répartition du bouillon de viande stérile en tubes et en matras stérilisés, au moyen de la pipette Chamberland. Ensemencements en milieux liquides. Dilutions.

IV. — Recueillir aseptiquement de l'humeur aqueuse en pipettes stériles. Cultures de bactéridie charbonneuse en gouttes suspendues.

V. — Examiner les cultures en gouttes suspendues faites à précédente séance. Ensemencer par dilution au 1/100, en plaques de gélatine, l'eau d'Emmerin fournie par le robinet du laboratoire.

VI. — Coloration simple du *bacillus prodigiosus* par la fuschine de Ziehl. Coloration simple de la *sarcine jaune* par le bleu de méthylène. Coloration simple du *bacillus subtilis* par la méthode de Gram. Montage des préparations dans le Baume de Canada.

VII. — Séparation de quelques espèces microbiennes de l'eau d'Emmerin. Ensemencements sur gélose.

VIII. — Autopsie des animaux. Examen et double coloration du sang d'un animal mort du charbon. Prélèvement aseptique du sang avec la pipette effilée. Ensemencement du sang sur un tube de gélose.

IX. — Examen des cultures de bactéridie charbonneuse. Coloration simple par le Gram. Ensemencement sur gélose de staphylocoques dorés et blancs. Ensemencement en bouillon de streptocoque et de bacille pyocyanique.

X. — Examen et coloration par la méthode de Gram des cultures de staphylocoques et de streptocoques. Coloration du bacille pyocyanique à la thionine.

XI. — Examen et coloration du sang d'un animal mort d'infection pneumococcique. Culture du pneumocoque de Talamon-Fraenkel sur gélose. Culture du pneumobacille de Friedlander sur gélose. Culture du vibrion cholérique sur gélose.

XII. — Examen et coloration des cultures de pneumocoques de Talamon-Fraenkel par le Gram ; des cultures de pneumobacille de Friedlander par la thionine ; du vibrion cholérique par la fuschine de Ziehl avec lavage à l'eau. Ensemencer le bacille d'Eberth et le coli sur gélose et sur pomme de terre.

XIII. — Examen et coloration du bacille d'Eberth et du bactérium coli par la thionine. Ensemencer le bacille diphtérique sur sérum coagulé et en bouillon.

XIV. — Examen et coloration du bacille diphtérique par la méthode de Gram. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

XV. — Examen et coloration de cultures de tuberculose humaine. Coloration de crachats tuberculeux : Méthode d'Ehrlich-Nicolle. Coloration d'actinomycose humaine par la méthode de Gram.

XVI. — Méthodes de cultures anaérobies en bouillon, en gélatine, en gélose. Examen et coloration de microbes du tétanos avec spores, par le Gram.

XVII. — Culture et coloration du *micrococcus tetragenus* par le Gram. Coloration de pus blennorrhagique par la thionine pour la recherche du gonocoque. Nodosités des légumineuses. Coloration de bactéroïdes du trèfle ou de la luzerne.

XVIII. — Favus et Teignes. Examen de cultures de *Trichophyton*. Examen de cheveux teigneux.

XIX. — Inoculation de cultures de tuberculose dans le sac lymphatique dorsal des grenouilles. Coloration de phagocytes ayant englobé des bacilles tuberculeux.

XX. — Inoculation de cultures virulentes de diphtérie dans le péritoine d'un cobaye préalablement immunisé par le sérum. Coloration de phagocytes ayant englobé des bacilles diphtériques. Méthodes de contrôle des sérums antitoxiques.

— Par décision ministérielle du 17 février, les cours, conférences et travaux pratiques, ont vaqué dans la Faculté le jeudi 23 février, jour des obsèques du Président de la République.

M. Félix Faure témoignait aux œuvres hospitalières une sympathie si spontanée, que cette pitié pour les misères qu'abritent les hôpitaux, nous fait nous départir du silence que s'impose l'*Echo médical du Nord* vis-à-vis des faits de la vie publique. Nos collaborateurs saluent avec respect la dépouille mortelle du chef regretté de la République, qui sut si bien compatir aux humbles.

— Conformément à l'avis de la Faculté, M. le ministre vient de décider, à la date du 11 février, que l'épreuve **pratique d'anatomie pathologique** placée par le décret du 31 juillet 1893 à la deuxième partie du troisième examen de doctorat, serait éliminatoire au même titre que les épreuves pratiques des deuxième et troisième examens (ancien régime) et que celles du premier examen et du troisième examen (première partie) du nouveau régime (épreuve pratique de dissection, épreuve pratique de médecine opératoire).

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Comité du **Monument Pasteur,** d'accord avec la Municipalité de Lille et le Conseil d'administration de l'Institut Pasteur, a décidé que la double inauguration du Monument et de l'Institut aurait lieu le dimanche 9 avril. Une délégation composée de MM. Edouard Agache, vice-président du comité ; Margottet, recteur de l'Académie ; de Lapersonne, doyen de la Faculté ; Calmette, directeur de l'institut s'est rendue hier samedi à Paris, de concert avec les délégués de la municipalité, pour inviter à la cérémonie d'inauguration les ministres de l'instruction publique, de l'agriculture et des colonies.

— Le conseil de l'Université de Lille vient de créer un **cours complémentaire de laryngologie.** M. le professeur agrégé Gaudier, notre collaborateur, tout désigné pour être chargé de cet enseignement, le professera durant le prochain semestre d'été.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, dans les Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, situées en dehors du siège des Universités, les **cours libres** seront autorisés par le Recteur, après avis du Conseil de l'Ecole.

SOCIÉTÉS SAVANTES

— *Académie de médecine:* MM. les docteurs Moniez et Brunon (de Rouen) ont été élus correspondants nationaux.

A M. Moniez, naguère notre collègue à la Faculté, nous adressons nos bien sincères félicitations pour cette distinction méritée.

Société de biologie : M. Thomas est élu membre titulaire.

Distinctions honorifiques

Ont été décernés par le ministre de l'intérieur, en raison de leur dévouement :

Médailles de vermeil. — M. le docteur Alirol, du Puy; Jaïs, interne, décédé depuis du typhus, à l'ambulance d'El Kettar.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bouquet, de Roisy-en-Brie; Bamel, médecin sanitaire maritime; Labeyrie, interne des hôpitaux de Nantes.

Médaille de bronze. — M. Chauveau, interne des hôpitaux de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Didelot, médecin-major en retraite; Droulon, de la Cambe (Calvados); Grazietti, de Vezzani (Corse); Lelorrain, de Longwy-Bas (Meuse); Remonneau, de Paris; Petitdidier, de Toulon (Var); Nadeaud, de Papaete (Tahiti); Charassin, de Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne); Guiffard, de Cherbourg (Manche); Roux, de Bordeaux (Gironde); Dauzat, de Saint-Etienne-au-Clos (Corrèze); Vialaneix, d'Egleton (Corrèze); Glantenay, médecin des hôpitaux de Paris; Delcambre, de Landrecies (Nord); Biarnès, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse; Tournon, d'Estres (Bouches-du-Rhône); Denis, d'Avignon (Vaucluse); Guère, de Dijon (Côte-d'Or); Ridreau, de Baugé (Maine-et-Loire).

Le 3 février 1899 a eu lieu la 43e réunion de l'**Association de la Presse médicale**, sous la présidence de M. Cézilly, syndic; 26 personnes y assistaient.

I. — Le Secrétaire général a donné lecture des deux lettres par lesquelles MM. Cornil et de Ranse, syndics, se retirent de l'Association. De par les statuts, ils ne peuvent plus en faire partie. En effet, le journal que dirigeait M. Cornil cesse de paraître et M. le Dr de Ranse vient d'abandonner celui qu'il représentait à l'association. L'assemblée a nommé, à l'unanimité, MM. Cornil et de Ranse syndics honoraires de l'Association de la Presse médicale.

II. — Sont nommés rapporteurs des candidatures pour les journaux suivants : *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*; *Echo médical du Nord*; *Archives internationales de Laryngologie*, etc.; *Travaux de Neurologie chirurgicale*: MM. Laurent, de Lavarenne, Chevallereau et Delefosse.

III. — L'Association prend l'initiative d'organiser en 1900 un *Congrès international de la Presse Médicale*, après avoir entendu le rapport oral de M. Blondel et les remarques du Secrétaire général, qui est chargé de faire auprès de l'Administration de l'Exposition toutes les démarches nécessaires, de façon à ce que ce congrès soit ajouté à la liste des Congrès déjà officiellement acceptés.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

6e et 7e semaines, du 5 au 18 Février 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	16
3 mois à un an	12	8
1 an à 2 ans	13	5
2 à 5 ans	3	7
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	4	4
20 à 40 ans	13	18
40 à 60 ans	25	15
60 à 80 ans	13	26
80 ans et au-dessus	4	8
Total	99	107

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	5	1	»	»	7	»	»	»	»	»	7	25	14
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	6	3	»	»	»	4	»	»	»	1	»	9	23	26
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	1	2	1	»	2	»	1	1	»	»	8	21	41
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	1	5	»	»	10	2	6	»	»	10	1	»	»	»	»	14	50	45
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	17
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	5	5	1	»	»	6	»	»	1	»	1	11	33	23
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	1	»	»	2	»	1	2	»	»	6	16	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	2	6	19
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	1	»	»	»	4	1	5	»	»	3	»	»	»	»	»	2	17	37
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	7
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	7	13
Total	»	»	»	2	2	6	»	5	41	18	17	1	»	38	1	2	4	1	1	67	206	252

Nº 112. Troisième Année, Nº 10. Le Numéro : **10** centimes. 5 Mars 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital Saint-Sauveur

Insectes épizoaires et phtiriase

par le professeur **Charmeil** (1)

MESSIEURS,

Les deux femmes que je vous présente, âgées, l'une de 19 ans, l'autre de 22 ans, sont entrées dans notre service pour une affection que vous n'êtes appelés à rencontrer que trop souvent dans votre pratique. Je veux parler de la phtiriase.

La première a le cuir chevelu absolument infesté par des myriades de poux de tête. La seconde a été non seulement la proie des mêmes insectes, mais en outre a été pendant longtemps soumise aux morsures répétées de poux de corps qui ont amené chez elle, dans des lieux d'élection, une pigmentation particulière de la peau, dite mélanodermie parasitaire.

(1) Leçon faite le 14 janvier 1899.

Avant d'entrer dans le détail de leur examen, jetons un coup d'œil rapide sur le rôle que jouent en pathologie cutanée et générale les insectes parasites les plus répandus dans nos pays, ceux que l'on appelle encore les épizoaires, c'est-à-dire les moustiques, les puces, les punaises, enfin les poux comprenant les trois espèces : poux de tête, poux de corps, poux du pubis.

Au point de vue de la pathologie cutanée, le rôle de tous ces parasites peut se schématiser de la sorte : l'insecte, pour se nourrir aux dépens de la proie qu'il attaque, pratique une piqûre qui lui permettra d'aspirer le sang de sa victime. Mais en même temps qu'il détermine de la sorte un traumatisme insignifiant, il verse dans la piqûre un venin élaboré par des glandes spéciales. Ce venin provoque chez le patient une vive sensation de cuisson, de brûlure, de démangeaison, qui l'amène à se gratter ; le système vaso-moteur cutané mis en action par le poison lui-même, puis par le grattage, réagit, et l'on assiste à l'apparition locale de papules le plus souvent urticariennes. Ces papules seront centrées par un petit point hémorrhagique qui est l'endroit même de la piqûre.

Le plus souvent, après un délai variable, tout rentre dans l'ordre, le point hémorrhagique central persistant quelque temps après la disparition de la papule.

Mais si l'individu mordu s'est gratté avec des ongles chargés des microbes banaux de la suppuration, ce qui est en quelque sorte la règle, car vous savez que les sta-

phylocoques abondent dans les rainures unguéales, si sa peau possède une riche flore microbienne, il va se faire au niveau de la petite porte d'entrée constituée par la piqûre de l'insecte une infection secondaire, surtout si les défenses de l'organisme, affaiblies, permettent facilement une invasion microbienne. D'où production de petites suppurations superficielles, prenant facilement au cuir chevelu, par exemple, le caractère impétigineux, parfois lymphangite de voisinage avec retentissement sur les ganglions, exceptionnellement véritables adénites. Souvent on aura de l'eczématisation.

Toutes ces réactions seront essentiellement variables suivant le terrain sur lequel le parasite se sera implanté : rien de plus individualisé pour chacun de nous que le système vaso-moteur. Chez telle personne dermographique, quelques piqûres de punaises ou de moustiques pourront provoquer une poussée d'urticaire œdémateuse presque généralisée, tandis que telle autre pourra présenter des centaines de piqûres avec une réaction insignifiante.

En outre, l'accoutumance joue dans l'espèce un rôle considérable. On rencontre fréquemment des enfants misérables et mal tenus, criblés en quelque sorte de purpura pucique, sans que leur peau réagisse autrement, et sans prurit notable. C'est que, depuis des mois et des années, ils ont pu acquérir une véritable immunité contre le poison sécrété par les épizoaires. De même pour les moustiques : ce sont les nouveaux venus dans les pays infestés, dont le tégument réagit fortement, tandis que les habitants possèdent, sinon une immunité absolue, au moins une immunité relative.

Enfin, chez les patients de tempérament eczémateux, si je puis ainsi dire, chez lesquels les poussées d'eczéma ne demandent en quelque sorte qu'à se produire et à se perpétuer, nous verrons l'eczématisation s'installer à demeure et persister, alors que la cause provocatrice, c'est-à-dire la présence des parasites, aura disparu.

Après cette revue du mode d'action des insectes parasites sur le tégument externe, et des réactions qu'ils y provoquent, je voudrais rapidement vous exposer un rôle beaucoup plus important au point de vue de la pathologie générale, que des recherches récentes ont dévolu aux épizoaires, je veux parler de leur rôle dans la propagation de certaines maladies infectieuses.

Deux des infections les plus redoutables à l'homme, l'impaludisme et la peste, reconnaîtraient comme propagateurs actifs, l'impaludisme les moustiques, la peste les puces.

Vous n'ignorez pas que l'agent pathogène de l'impaludisme a été découvert par LAVERAN qui l'a décrit sous le nom d'hématozoaire du paludisme. On est encore aujourd'hui très mal renseigné sur l'habitat de cet hématozoaire en dehors de l'organisme et sur la façon dont il pénètre dans notre milieu intérieur. Tout ce que l'on sait, c'est que la contamination ne s'effectue que dans certaines régions, dites régions palustres, où règne la malaria. Or, LAVERAN a émis l'hypothèse que les moustiques seraient susceptibles d'être les convoyeurs de l'infection : ils seraient les vecteurs de l'hématozoaire et le feraient pénétrer chez l'homme par piqûre, c'est-à-dire en pratiquant une véritable inoculation.

KOCH tout récemment s'est fait (voir *Presse médicale*, 17 décembre 1898) le défenseur de la même théorie, et il fait remarquer que dans beaucoup de régions la malaria ne sévit que pendant certains mois de l'année et ce sont toujours ceux pendant lesquels les moustiques pullulent. Dans quelques petites îles de l'Afrique Orientale, le paludisme n'existe pas et précisément, dans ces îles, les moustiques font absolument défaut. Enfin, de même que les moustiques, la malaria ne se rencontre pas dans les montagnes à partir d'une altitude de 1.200 mètres.

KOCH rapporte qu'il existe des tribus nègres indemnes de la malaria sur les montagnes, qui se rendent parfaitement compte qu'en descendant dans la plaine ils s'exposent à contracter les fièvres palustres : ces nègres rattachent à la piqûre de certains moustiques l'apparition de la malaria et désignent par le même mot « mbou » et la fièvre palustre et l'insecte qui s'en ferait l'inoculateur.

Evidemment, Messieurs, la « théorie des moustiques » dans l'étiologie du paludisme n'est encore qu'à l'état d'hypothèse et n'a pas été confirmée par des recherches expérimentales, mais la valeur de ses deux promoteurs, LAVERAN et KOCH, mérite assurément qu'on y attache une grande importance.

Le rôle des puces dans la propagation de la peste paraît être beaucoup mieux établi. Ce rôle a été mis en avant dans un mémoire paru en octobre 1898 dans les *Annales de l'Institut Pasteur* et dû au Dr SIMOND, qui est allé étudier dans l'Inde les modes de propagation de la peste.

Il est aujourd'hui classique que la peste est due au développement d'un bacille particulier découvert par Yersin, que la peste humaine est généralement précédée d'une épidémie pesteuse chez les rats de la région qui va être contaminée. D'où la conclusion que la peste de l'homme n'était due qu'à la transmission de la peste du rat.

Mais il restait un point obscur : comment se fait la transmission du rat à l'homme ?

Des observations et des recherches expérimentales qu'il a effectuées et au sujet desquelles je vous renvoie au mémoire original, Simond conclut sans hésiter que l'agent de transmission est constitué par les puces qui, ayant puisé dans le sang du rat pesteux le bacille spécifique, l'inoculeraient par piqûre à l'homme.

Voici du reste, à ce sujet, les points principaux des conclusions de Simond :

« Les phlyctènes précoces que l'on rencontre chez » certains malades marquent le point d'introduction » du virus. Elles siègent toujours dans les régions » exposées aux piqûres de puces.

» La transmission à l'homme par le contact des » cadavres frais de rats pestiférés est fréquente, alors » qu'un cadavre ancien abandonné par les puces peut » être manié sans péril.

» La puce qui a absorbé du sang septique sur un » animal pestiféré conserve, pendant une durée encore » indéterminée, le microbe en culture dans le tube » digestif, et l'inoculation au rat du contenu intestinal » peut lui donner la peste. »

N'y a-t-il que l'impaludisme et la peste que l'on ait accusé les parasites épizoaires de propager ? Certes non.

Je me contenterai de vous rappeler que Finlay a édifié pour la fièvre jaune une « théorie des moustiques », absolument semblable à celle soutenue par Laveran et Koch pour l'impaludisme, théorie qui, il faut bien le dire, ne compte que peu d'adhérents ; que Klebs le premier, en s'appuyant sur des recherches cliniques, a soutenu que les parasites de la peau, en particulier les punaises, étaient les propagateurs les plus énergiques du typhus récurrent, en transportant de malade à homme sain, le spirochète spécifique puisé dans le sang du premier. Ces recherches cliniques ont été justifiées par les recherches expérimentales de Tiktine (An. in *Médecine Moderne*, 1897). Que Netter (in *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert) est tout disposé à reconnaître fréquemment la même étiologie dans la propagation du typhus exanthématique.

Que Dewèwre a publié une observation clinique (*Revue de Médecine*) et des recherches expérimentales tendant à prouver que la tuberculose pouvait être propagée par des punaises.

Que P. Manson a démontré que le parasite animal de la filariose, la Filaria sanguinis hominis, circulant dans le sang des malades, y est puisé par des moustiques dans l'organisme desquels il subit une de ses métamorphoses, avant d'être rendu au monde extérieur, dans les mares infectées, d'où il pourra repasser dans le corps humain par la boisson. Je vous renvoie pour plus de détails à l'article de Blanchard, dans le *Traité de pathologie générale* de Bouchard.

Enfin, une infection commune aux animaux et à l'homme, le charbon, n'a-t-il pas été considéré pendant longtemps comme propagé par un parasite épizoaire accidentel, la mouche charbonneuse. Il est vrai qu'aujourd'hui le rôle des mouches charbonneuses n'est plus guère admis qu'à titre tout à fait exceptionnel, comme vous pourrez vous en rendre compte par la lecture du livre de Strauss et de la monographie récente de Ménétrier.

En pathologie comparée, le rôle des parasites épizoaires n'est pas moins important dans la propagation de certaines infections.

Smith d'abord, puis Koch, ne viennent-ils pas de démontrer que la fièvre du Texas, affection épidémique et contagieuse des bovidés, qui a pris dans ces dernières années une extension redoutable en Amérique, en Afrique et dans certaines parties de l'Europe, est due à une véritable septicémie, et que l'agent spécifique qui a été isolé est transporté d'animal malade à animal sain par des tiques acariens ?

Koch n'admet-il pas, avec d'autres auteurs, que la redoutable mouche *tsé-tsé*, si meurtrière aux bovidés dans l'Afrique Orientale, n'agit qu'en se faisant le vecteur d'animal à animal d'un parasite du sérum sanguin.

Après cette longue digression sur le rôle des épizoaires dans la propagation des maladies infectieuses, digression justifiée, je pense, par l'actualité et l'importance du sujet, revenons à nos malades.

La première que je vous présente, âgée de 22 ans, n'a aucun antécédent pathologique personnel ou héréditaire à relever, qui puisse nous intéresser. Elle

a eu un enfant il y a six mois. Notons simplement qu'elle a le faciès névropathique, les yeux brillants, un réflexe pharyngien aboli, une peau très dermographique.

Quand vous vous approchez d'elle, vous êtes immédiatement frappés par une odeur fade et repoussante qui s'exhale de sa chevelure ; si vous essayez de soulever celle-ci, vous constatez que les cheveux sont emmêlés, poisseux, constituant une sorte de calotte qui se soulève d'une seule pièce. Par cette manœuvre vous découvrez un peu la nuque et vous voyez grouiller en nombre énorme les poux sur le cuir chevelu.

Retenez, Messieurs, cette localisation du parasite : c'est en effet dans la moitié postérieure du cuir chevelu qu'il a de la tendance à se multiplier. Remarquez aussi que la nuque, immédiatement en-dessous de l'implantation des cheveux, est rouge, excoriée, couverte de croûtes impétigineuses. Cette localisation particulière devra toujours attirer votre attention et vous faire soupçonner comme cause de l'irritation cutanée la présence de la phtiriase. Un examen rapide de la région vous permet aussi de reconnaître que les croûtes impétigineuses adhèrent aux cheveux, sous forme de petits amas du volume d'une grosse tête d'épingle, disposés en chapelet et constituant l'impétigo granulata des anciens dermatologistes, qui l'appelaient encore impétigo pédiculaire.

Quels sont maintenant les caractères des parasites ? Je serai très bref sur les détails purement zoologiques, vous renvoyant à ce sujet à l'excellente monographie de MM. Dubreuilh et Beille concernant les parasites animaux de la peau humaine (collection Léauté, 1896).

Je me contenterai de vous dire que les poux sont des insectes aptères possédant une tête armée de mandibules, grâce auxquelles ils attaquent le tégument, et d'un rostre médian avec lequel ils aspirent le sang de leur victime.

Les poux sont unisexués : la femelle est notablement plus grosse que le mâle et ces animaux sont d'une fécondité prodigieuse : une femelle mère peut, dans l'espace de six jours, pondre 50 œufs et avoir en huit semaines 5.000 rejetons.

Ces œufs, la femelle les dépose le long du cheveu : la ponte se fait tout d'abord tout près du cuir chevelu, puis en s'éloignant le long du cheveu. Un cheveu peut de la sorte porter une sorte de chapelet de 15, 25 ou même (Dubreuilh) 35 œufs. Ces œufs sont enveloppés d'une sorte de coque chitineuse très adhérente au cheveu, située latéralement par rapport à celui-ci et constituant ce que l'on appelle les « lentes ». Remarquez que ces lentes restent en place une fois que l'embryon les a quittées, qu'ils peuvent persister longtemps après la guérison de la phtiriase et faire considérer la personne qui la porte comme « pouilleuse », alors qu'elle ne l'est plus. C'est ce qui se présente chez notre seconde malade : celle-ci, arrivée avec un cuir chevelu dans le même état que la première,a vite été débarrassée, par un traitement approprié, de ses poux, les embryons non éclos ont été tués et elle n'en porte pas moins encore aujourd'hui,le long de ses cheveux, ces sortes de coquilles d'œufs de poux qui constituent les lentes.

Il est nécessaire, Messieurs, que vous examiniez attentivement l'aspect du cheveu qui présente des lentes, il est tout à fait caractéristique : vous constatez qu'elles sont constituées par de petits corps ovalaires, d'un éclat gris nacré, d'une dimension d'un millimètre environ dans leur grand axe, et qu'elles sont implantées obliquement et latéralement par rapport à la direction du cheveu. En outre elles adhèrent très intimement au cheveu et vous ne pouvez les en détacher en faisant glisser le cheveu qui les porte entre deux doigts. Ces caractères sont tout à fait typiques et vous permettront toujours de ne pas confondre les lentes avec la fine desquamation furfuracée de la séborrhée sèche du cuir chevelu, qui, en se collant contre un cheveu, peuvent un instant prêter à la confusion pour un examinateur inexpérimenté.

La façon dont se développent les poux et le comment de leur extension progressive ont été remarquablement décrits par Kaposi : Supposez, dit-il, qu'un enfant ou une jeune femme prenne quelques poux de tête ; leur morsure et leur succion donnant lieu à de la démangeaison et à du grattage, il se produit localement un écoulement de sang et de sérum, c'est-à-dire une plaie, des croûtes, une certaine sensibilité. Dans la crainte de provoquer de la douleur le patient évitera d'atteindre cette croûte avec le peigne ; les poux ont donc là une sorte de petit asile où ils pourront proliférer tout à leur aise. De ce point la propagation se fera de proche en proche au point de constituer l'état que nous observons chez notre malade.

Les anciens auteurs avaient décrit comme une maladie spéciale, qu'ils appelaient trichoma ou plique polonaise, cet enchevêtrement et cet état poisseux des

cheveux qui leur font prendre l'aspect d'une véritable calotte, comme chez notre malade. HÉBRA a démontré qu'il n'y avait là que le résultat des lésions irritatives suintantes et eczématiformes produites par la présence des parasites.

Au point de vue de la fréquence des poux, je vous ai fait remarquer à maintes reprises combien souvent nous les rencontrions chez les jeunes femmes et les enfants qui fréquentent notre consultation gratuite. AUBERT a fait à ce propos quelques recherches dans la population hospitalière (*Lyon médical*, 1879) et il a trouvé que sur 105 enfants de la clientèle hospitalière, 78 avaient des lentes ou des poux, 18 en avaient eu, et 8 seulement n'en avaient jamais eu.

Dans la classe aisée elle-même, les poux se rencontrent fréquemment, mais grâce à des soins minutieux dans la vie commune, ils n'ont pas de tendance à se développer beaucoup. Mais que la jeune femme qui en est porteur, par exemple, vienne à s'aliter pour une maladie aiguë, ou pour faire ses couches par exemple, les parasites, que le peigne et la brosse ne dérangeront plus pendant un certain nombre de jours, vont se mettre à pulluler à la grande surprise et parfois à la grande indignation de la patiente, qui accusera volontiers, j'ai vu le cas, son médecin de lui avoir apporté des poux de l'hôpital, alors que les lentes révélatrices permettront d'affirmer que les poux existent depuis des mois, parfois des années.

En effet, nous avons vu tout à l'heure que l'insecte dépose ses œufs en contact avec le cuir chevelu : l'œuf adhérent suit le cheveu à mesure que celui-ci s'allonge, et l'éloignement des lentes du cuir chevelu vous permet d'affirmer que les poux ont envahi la chevelure depuis longtemps.

Chez notre malade, l'état général est satisfaisant ; malgré l'état du cuir chevelu, les ganglions ne sont que peu tuméfiés et peu douloureux. Chez les enfants, le retentissement ganglionnaire est plus marqué. Les réactions du cuir chevelu peuvent aller jusqu'à provoquer des abcès, l'état général pâtit de la suppuration locale et de l'insomnie qu'occasionnent les démangeaisons. AUBERT, par des pesées effectuées chez des enfants phtiriasiques, a démontré qu'à elle seule, la pédiculose étendue du cuir chevelu pouvait amener un amaigrissement notable du sujet.

Le pediculus capitis a pour habitat presque exclusif le cuir chevelu. Cependant LYDSTON, cité par DUBREUILH, a vu chez une jeune fille de quinze ans, atteinte de prurit vulvaire, toute la région génitale couverte de poux de tête : les poils du pubis étaient garnis de lentes, le cuir chevelu restant indemne.

BESNIER et DOYON, de leur côté, ont signalé que chez certains vieillards à longue chevelure et longue barbe, les poux de tête émigrent très manifestement dans la barbe et y élisent domicile comme dans la chevelure.

Signalons en dernier lieu que la couleur du pou de tête varierait suivant les races sur lesquelles il habite : blanc chez les esquimaux, brun jaunâtre chez les chinois, il serait noir chez les nègres : LUTZ déclare que cette différence est assez marquée pour qu'on puisse reconnaître chez un blanc un pou de nègre qui s'y serait égaré.

Le traitement de la pédiculose du cuir chevelu comporte deux indications : 1° La destruction des parasites et de leurs lentes ; 2° les soins à donner aux lésions secondaires de la peau.

Chez les hommes et chez les enfants, on commencera par faire couper les cheveux, puis on ordonnera un savonnage énergique avec du savon de goudron ou au naphtol. Enfin, si le cuir chevelu n'est pas trop irrité, on se trouvera bien de frictions alcooliques de sublimé à la dose de 1 de sublimé pour 1.000 d'alcool. Une bonne préparation est le vinaigre sublimé à 1/300 préconisé par les médecins danois. Si le cuir chevelu est irrité, on commencera par l'emploi des poudres insecticides, des pommades variées (calomel à 1/30 — sulfate de cuivre à 1/35, etc.) Les cataplasmes arrosés d'huile, le bonnet de caoutchouc seront souvent utiles pour apaiser l'inflammation.

Chez les femmes, il faut éviter à tout prix de sacrifier la chevelure, et avec un peu de patience on y arrive toujours. Vous obtiendrez d'excellents résultats en vous servant du mélange suivant, préconisé par KAPOSI :

Pétrole du commerce.	100	grammes
Huile d'olive.	50	»
Baume du Pérou.	20	»

On verse ce mélange en grande quantité sur la chevelure, on frictionne, puis on enveloppe la tête avec de la flanelle. Au bout de vingt-quatre heures tous les poux sont détruits et les œufs ne peuvent plus se développer. On fait alors laver la tête avec de l'alcool de savon qui ramollit les croûtes. L'eczéma du cuir chevelu se traitera par des onctions avec de la vaseline boriquée.

Pour se débarrasser des lentes, conseillez à vos malades de se peigner avec un peigne métallique fin que l'on trempera dans du vinaigre chaud. L'acide acétique ramollit l'enveloppe chitineuse qui fait adhérer les lentes aux cheveux, et rend leur séparation facile.

Ici encore, si le cuir chevelu est irrité, vous pourrez vous adresser aux poudres insecticides, ou aux pulvérisations ou douches locales avec 10 pour 1.000 d'acide acétique ou 1 pour 1.000 de bichlorure.

Notre seconde malade présentait au moment de son entrée dans notre service, en dehors de la pédiculose du c ir chevelu, de la phtiriase du corps.

Les poux de corps ont des mœurs toutes différentes de celles des poux de tête. Ils sont susceptibles de provoquer des modifications profondes du côté de la coloration du tégument externe que nous étudierons dans un instant en nous servant pour notre démonstration de la seconde malade que vous avez sous les yeux.

Ils n'élisent pas domicile sur les téguments, mais dans les vêtements du sujet qui en est porteur : aussi leur donne-t-on encore le nom de «pou des vêtements ». Ils se cachent dans les plis des vêtements les plus exactement appliqués sur le corps, au niveau principalement du cou, de la partie supérieure du tronc, de la ceinture, parfois des jarretières. Ils y déposent leurs œufs qu'un examen approfondi permet de reconnaître assez aisément. De leur gîte dans les vêtements, ils n'émigrent sur le corps que pour prendre leur repas : la piqûre est suivie de l'apparition d'une papule très prurigineuse qui porte les malades au grattage. Au centre de la piqûre, on voit un petit point hémorrhagique : ce petit point, véritable petit pertuis, est en quelque sorte accroché par le malade qui se gratte et qui, par le grattage, détache des portions d'épiderme, d'où constitution d'excoriations sous forme de traînées qui partent du point primitivement piqué. J'insiste sur ce fait, car ces traînées excoriées, qui se recouvrent de croûtes brunâtres, sont presque pathognomoniques de la présence des poux de corps. C'est là un point qui doit appeler votre attention, car le parasite, au moment où le malade se dévêtit pour subir l'examen, se réfugie dans son habitat habituel, dans les plis, sous les coutures du vêtement, si bien qu'examiné à nu, le malade ne sera plus porteur d'un seul pou et que vous devrez souvent faire le diagnostic sur les seuls caractères des lésions cutanées provoquées.

Cela est d'autant plus vrai qu'il n'est pas rare que les malades de notre consultation externe, par exemple, pour venir nous consulter, changent parfois de linge et qu'il n'est pas facile de retrouver sur leur linge propre les parasites en question qui les assailleront de nouveau quand ils rentreront chez eux. Dans nos salles d'hôpital, on a pour habitude d'enlever aux malades tous leurs vêtements et leur linge pour leur donner du linge propre.

Eh bien, lorsque vous examinez un phtiriasique dans ces conditions, vous ne pouvez plus mettre la main, passez-moi l'expression, sur un seul pou et cependant les excoriations multiples dont il peut être couvert avec leur localisation spéciale, doivent vous permettre d'établir un diagnostic ferme.

La phtiriase de nos jours, Messieurs, est bien déchue de l'importance nosologique que lui donnaient les anciens auteurs ; il ne faudrait pas remonter bien loin le cours du temps, pour trouver répandue non seulement dans le public, mais parmi les médecins, l'idée qu'il y a deux espèces de phtiriase, l'une superficielle, celle que je viens de vous décrire ; l'autre beaucoup plus grave, naissant des profondeurs de l'individu lui-même, d'où le nom de phtiriase spontanée ou phtiriase interne, d'un pronostic très sombre et pouvant par elle seule conduire son homme au tombeau.

Aujourd'hui, il est inutile d'insister sur le peu de créance qu'il faut donner à de pareilles conceptions. Mais laissez-moi vous citer quelques passages, sans remonter plus haut qu'à la fin du siècle dernier : « Il y a un phtiriasis interne ou funeste et un phtiriasis externe, dit Sauvage, dans sa nosologie écrite en 1763 ; dans la première forme, il sort des pediculi de divers endroits du corps, comme des yeux, du nez, de la bouche, de l'urèthre, de l'anus. Ce qui tourmente les malades, les maigrit et leur cause la mort. » Lieutaud, quelques années plus tard va encore plus loin : « Ce qu'il y a de plus surprenant, dit-il, c'est qu'on a trouvé des pediculi, par l'ouverture des cadavres, qui, après avoir percé les enveloppes du cerveau, s'étaient logés dans sa propre substance. » En 1813, Fournier rapporte l'histoire d'une dame de quarante ans, qui rendait des myriades de pediculi par l'anus, l'urèthre, etc. ! Plus près de nous, Devergie affirme que le phtiriasis spontané existe, et en 1871 on trouve encore un observateur, le docteur Bertulus, de Marseille (*Gazette médi-*

cale de Paris), pour rapporter deux cas de phtiriasis spontané observés dans sa pratique !!

Vous voyez, Messieurs, combien les erreurs qui vous paraissent aujourd'hui les plus manifestes et les plus faciles à mettre en évidence ont de la tendance à s'éterniser. Et remarquez bien que dans cette courte digression, je n'ai pas fait allusion au dire des historiens non médecins, qui nous auraient raconté que Sylla, Hérode, Philippe II d'Espagne, entre autres grands personnages, auraient succombé au phtiriasis interne. Que dis-je, en 1859, d'après Bertulus, Ferdinand II, roi des Deux-Siciles, aurait aussi été la victime d'une affection pédiculaire spontanée qui l'aurait tué !

Revenons à l'examen de notre malade : vous voyez qu'actuellement elle ne présente plus d'excoriations et de croûtes sur les téguments, mais vous êtes immédiatement frappés, en jetant les yeux sur elle, par la coloration noirâtre que présentent certaines parties du corps. La nuque, la partie supérieure du dos, sont le siège le plus accusé de cette pigmentation : la pigmentation n'est pas tout à fait uniforme ; si vous y regardez de près, vous constatez que le fond noirâtre de la peau est sillonné de raies blanches, ayant absolument l'aspect et les dimensions des excoriations dues au grattage : de fait, il s'agit là des traces cicatricielles de ces excoriations.

Vous retrouvez la même pigmentation, avec les mêmes cicatrices, mais moins marquées, au pourtour de la ceinture et sur les parties inférieures de l'abdomen.

La localisation de cette mélanodermie est vraiment caractéristique ; pour certains auteurs, elle serait même pathognomonique ; Tennesson déclare que tout eczéma de la nuque et de la ceinture, qui s'accompagne de mélanodermie, doit faire rechercher la présence des poux.

Dans un certain nombre de cas, la mélanodermie phtiriasique se généralise et tout le tégument est le siège d'une pigmentation aussi accusée que celle présentée par notre femme à la partie supérieure du dos et à la taille. Il s'agit généralement alors de personnes âgées, misérables, et cette affection a été décrite par Greenhow, sous le nom de « Maladie des vagabonds ».

Bien plus, la pigmentation pourrait s'étendre en pareil cas à la muqueuse buccale, et Thibierge en a rapporté quelques exemples.

Vous comprenez que dans ce dernier cas, le diagnostic peut être ambigu entre une mélanodermie parasitaire et la maladie d'Addison, d'autant plus que l'état misérable des phtiriasiques peut en imposer pour l'asthénie addisonnienne. C'est l'étude des commémoratifs et la constatation des parasites qui permettra de faire le diagnostic.

Quelle est la pathogénie de la mélanodermie phtiriasique ? Pour la plupart des auteurs, elle serait due à l'irritation chronique des téguments provoquée par le grattage, et on n'aurait là qu'une réaction en quelque sorte banale (*Thèse de Canissié*, Paris, 1898). Pour d'autres, et en particulier pour Dubreuilh et son élève Boudou (*Th. de Bordeaux*, 1894), la mélanodermie serait due non au grattage, mais à la piqûre des parasites et à l'inoculation d'un pigment ou d'un venin capable de lui donner naissance.

Le diagnostic de la phtiriase du corps est généralement facile, à condition que l'on pense à cette cause de prurit lorsqu'on se trouvera en présence de gens se plaignant de démangeaisons : ce sera en particulier le cas chez des personnes âgées. Chez ces dernières le diagnostic prurit sénile ou prurit essentiel est souvent formulé alors qu'un examen plus minutieux aurait permis de rattacher le prurit à sa véritable cause, la présence des parasites. Cette erreur est surtout facile à commettre en présence de malades aisés, à l'apparence propre, et chez lesquels la recherche des poux ne s'impose pas comme en présence des misérables qui fréquentent les dispensaires.

N'oubliez pas qu'en cas d'hésitation, le signe de certitude sera fourni par la découverte des poux et des lentes ; ces dernières, profondément dissimulées dans les plis et les coutures des vêtements en contact avec la peau, le plus fréquemment des vêtements de laine, demanderont le plus souvent un examen à la loupe pour être décelées.

Une autre affection qui peut prêter à confusion, c'est la gale ; mais ici, la localisation du parasite est différente. Les lésions scabieuses seront surtout accusées au niveau des mains et de la verge, où le pou des vêtements est absolument exceptionnel. Le prurit de la gale est surtout nocturne, tandis que dans la phtiriase il est fréquemment diurne, le malade quittant la plupart des vêtements, refuge des parasites, quand il se couche.

Enfin signalons une dernière cause d'erreur, c'est le cas, assez fréquemment observé, de prurit et de

grattage inconscients : le malade peut être couvert d'excoriations de grattage et déclarer de la meilleure foi du monde que « ça ne lui démange pas » et qu'il ne se gratte pas, et rester incrédule quand vous lui déclarez que les lésions dont il est porteur et qui l'ont amené à vous consulter, c'est lui-même qui en est en grande partie l'auteur.

Le traitement de la phtiriase est extrêmement simple. Il consiste à détruire les parasites là où ils siègent, c'est-à-dire sur les vêtements. Pour y arriver, rien de plus simple que de faire passer les vêtements à l'étuve à 100°. Une fois les parasites détruits, quelques moyens anodins, des bains d'amidon, des pansements antiseptiques en cas de complications furonculeuses, ecthymateuses, vous donneront à vous et à vos malades entière satisfaction.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Chibret présente une nouvelle méthode d'examen des albuminoïdes, diastases, leucomaïnes, etc., notamment ceux des urines.

Académie de Médecine. — M. Dieulafoy présente quelques considérations sur le diagnostic de l'appendicite.

Société de Chirurgie. — Le traitement de l'appendicite est toujours en discussion.

— M. Berger préconise pour l'opérateur de se couvrir la bouche pendant ses interventions.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Achard étudie l'élimination prolongée du bleu de méthylène dans l'imperméabilité rénale.

Société de Biologie. — MM. Hallion et Carrion étudient la pathogénie de l'œdème. L'œdème serait le résultat d'une concentration moléculaire du sang.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Etude sur les luxations du scaphoïde et du semi-lunaire, par M. Potel (*Presse médicale*, 1899, n° 5).

M. Potel a fait, dans la *Presse médicale*, une étude complète des luxations du scaphoïde et du semi-lunaire.

L'auteur divise les luxations de la façon suivante :

1° Luxations isolées du semi-lunaire en avant, en arrière ;

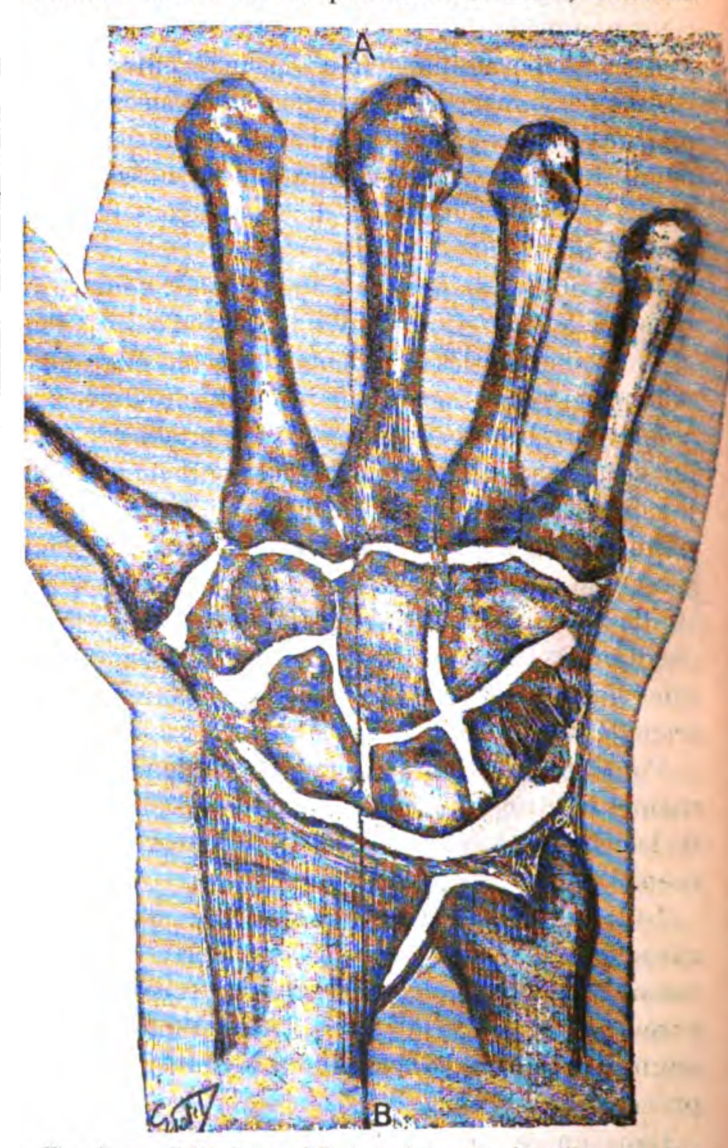
2° Luxations isolées du scaphoïde ;

3° Luxations du scaphoïde et du semi-lunaire.

L'auteur donne deux observations inédites, dues à MM. les professeurs Folet et Dubar.

Puis il aborde la question du mécanisme. Jusqu'ici la pathogénie de ces luxations n'avait point été expliquée. Voici la théorie originale de M. Potel :

« De la lecture des observations, il résulte cette conclusion : chute sur la paume de la main, luxation



(Fig. 1). — Cette figure diffère quelque peu de celles que l'on trouvera dans les traités classiques. Elle est la copie exacte d'une épreuve radiographique. — La ligne AB est la ligne suivant laquelle passent les coupes des figures 2 et 3.

en avant ; chute sur la face dorsale, luxation en arrière.

Cette proposition, qui se vérifie toujours en clinique, s'explique aisément, nous dirions même presque mathématiquement, par l'anatomie.

Rappelons d'abord quelques rapports topographiques intéressants du scaphoïde et du semi-lunaire.

La figure 1 donne les rapports normaux des os du

poignet. On voit que le troisième métacarpien avec le grand os forme une sorte de coin qui, sous l'influence d'une pression dirigée de bas en haut, agit sur le semi-lunaire et sur la portion supérieure et interne du scaphoïde. Les deux os peuvent être atteints, mais la figure montre que le semi-lunaire est le plus exposé et, en fait, les luxations du semi-lunaire sont beaucoup plus fréquentes.

Le scaphoïde échappe plus facilement, mais s'il participe au traumatisme, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'os est entraîné tout entier avec le semi-lunaire (DUBAR), ou bien l'extrémité supérieure sur laquelle porte seule l'action du grand os, se rompt et se luxe, pendant que l'extrémité inférieure reste en rapport avec le trapèze et le trapézoïde (FORGUE).

Examinons maintenant un poignet en coupe sagittale suivant une ligne AB, passant entre le scaphoïde et le semi-lunaire.

Si l'on place la main en légère hyperextension, on voit que déjà dans cette position, qui ne dépasse pas les limites normales, les ligaments radio-carpiens sont tendus, et que le semi-lunaire fait saillie à la face palmaire de près d'un tiers de son volume.

Si nous fléchissons le poignet, nous voyons les mêmes phénomènes se passer à la face dorsale du carpe.

Ceci dit, supposons une force F, agissant obliquement sur le métacarpien (fig. 2). Cette force peut se décomposer en deux ; l'une, *f'*, qui agit perpendiculairement au métacarpien, et par conséquent augmente l'hyperextension et fait saillir davantage le semi-lunaire ; l'autre *f*, parallèle au métacarpien qui, par l'intermédiaire du grand os, va pousser le semi-lunaire contre les ligaments radio-carpiens. Ces ligaments sont extrêmement résistants, aussi faut-il une force énorme pour les rompre. Mais, si la force dépasse la résistance, le ligament qui supporte seul le choc se rompt, et le semi-lunaire, chassé comme un noyau de cerise, vient se loger à la partie antérieure de l'avant-bras.

Le mécanisme est identique pour les luxations dorsales. Le choc sur la face postérieure de la main se décompose également en deux forces, l'une perpendiculaire, qui augmente la flexion et la saillie dorsale du semi-lunaire, l'autre, parallèle, qui pousse cet os contre le ligament radio-carpien postérieur (fig. 3).

Nous conclurons donc en disant :

1° Les luxations du scaphoïde et du semi-lunaire existent sans lésions des os de l'avant-bras.

2° Il faut, pour produire ces luxations, une force considérable, étant donné la grande résistance du ligament radio-carpien.

3° Cette force agit de la façon suivante : elle se décompose en deux forces. L'une, perpendiculaire à l'axe du membre, augmente la flexion ou l'hyperextension ; le semi-lunaire perd ses rapports avec le radius, fait saillie au dehors et tend le ligament radio-carpien. A ce moment intervient l'autre force, parallèle

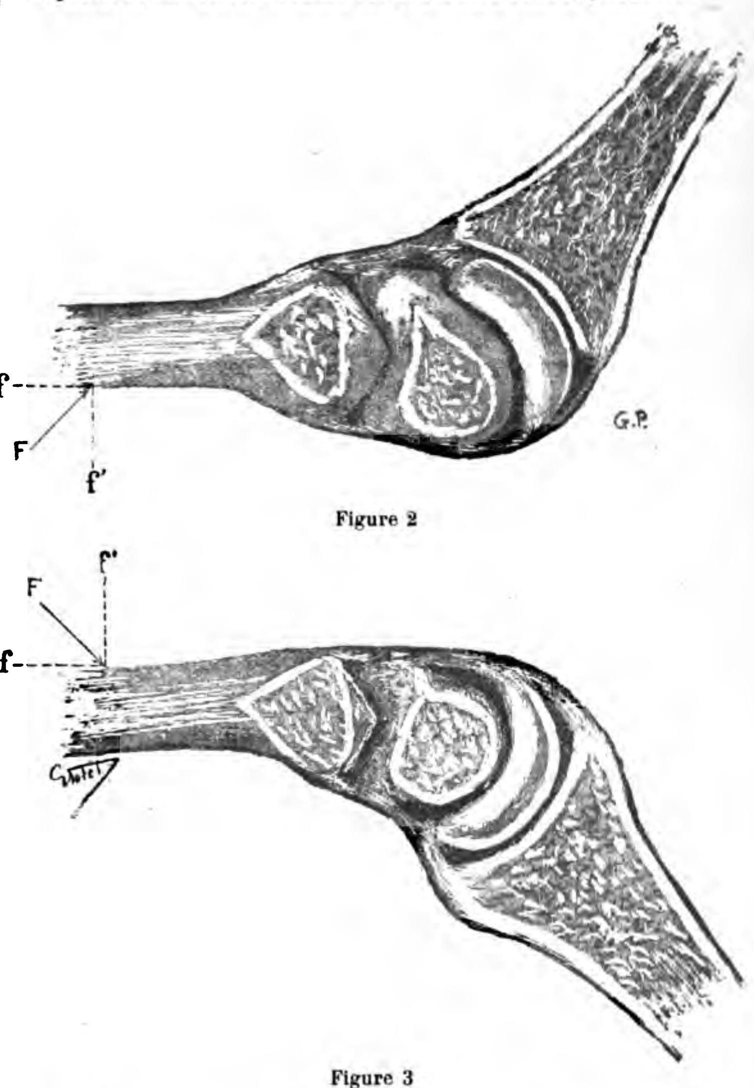


Figure 2

Figure 3

à l'axe du membre, qui, par l'intermédiaire du troisième métacarpien et du grand os, agit comme une tige et pousse violemment le semi-lunaire, soutenu seulement par le ligament radio-carpien. Si ce ligament se rompt, la luxation est constituée. Si le choc est extrêmement violent, la peau peut également céder ; le semi-lunaire fait saillie à l'extérieur. »

L'auteur étudie ensuite, d'une façon complète, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le

traitement des luxations du scaphoïde et du semi-lunaire. Mais nous avons tenu à donner un aperçu de ce travail. Dr F. C.

De l'avortement médicalement provoqué ou avortement thérapeutique, par le professeur A. Pinard (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Janvier 1899).

Le professeur Pinard examine la valeur des indications de l'avortement médical dans les trois conditions où il a été conseillé :

1° Etroitesse extrême de la filière génitale ;

2° Cas où des accidents graves dus à la grossesse menacent très prochainement l'existence de la femme enceinte ;

3° Cas de maladie venant compliquer la grossesse, mais indépendants d'elle.

Pour ce qui concerne le 1er cas, l'auteur déclare que, pour lui, « *l'indication réelle de l'avortement provoqué n'existe pas plus que l'indication de l'embryotomie sur l'enfant vivant et à terme dans les cas de rétrécissement du bassin, quels que soient le degré, la forme et la nature de ce rétrécissement* ».

Les raisons sur lesquelles M. Pinard se base sont les suivantes : La vie de la femme enceinte n'est pas menacée pendant sa grossesse parce qu'elle a un rétrécissement du bassin. L'enfant se développe normalement et même souvent plus sûrement.

D'un autre côté, l'opération césarienne appliquée aux cas considérés autrefois comme justiciables de l'avortement donne des résultats excellents, ainsi que le montrent les statistiques suivantes :

Olsaushen. — 29 opérations. 29 enfants vivants, 27 mères guéries.
Zweifel. — 55 opérations césariennes. 1 décès.
Léopold. — 71 opérations césariennes conservatrices. 7 morts.
» — 29 opérations de Porro. 3 morts.
Breisky. — 11 opérations de Porro. 11 succès.

Mais s'il repousse l'avortement provoqué dans les rétrécissements pelviens, l'auteur le considère, au contraire, « *comme un moyen thérapeutique héroïque dans les cas où des accidents graves déterminés par la grossesse elle-même, menacent prochainement la vie de la femme* ».

Et, parmi ces accidents, il range : les vomissements dits incoercibles, les affections mentales, les névrites, l'atrophie musculaire, l'albuminurie, l'urémie, l'anurie, les hémorrhagies dans certaines conditions spéciales, enfin, exceptionnellement, le goître et la rétroversion avec enclavement de l'utérus gravide.

La règle primordiale pour déterminer l'intervention, c'est la certitude que les accidents qui mettent la vie de la femme en danger sont bien le fait de la grossesse.

Quant aux maladies intercurrentes, elles ne paraissent pas être influencées favorablement par l'interruption de la grossesse. D'où l'indication de ne pas provoquer l'avortement dans ces cas.

En un mot, pour le professeur Pinard, l'indication réelle de l'avortement provoqué n'existe que quand la cause des accidents qui menacent sûrement la vie de la femme est certainement la grossesse ; en provoquant l'avortement dans ces conditions, le médecin ne *sacrifie* jamais le fœtus, fatalement condamné, et assez souvent il *sauve* la mère.

Encore l'opération ne doit-elle être faite qu'après consultation entre plusieurs confrères partageant la même opinion et la responsabilité. Dr M. O.

VARIÉTÉS

La Faculté de Médecine de Beyrouth

Dans le numéro du 26 juin 1898 du *Lyon médical*, M. Soulier a fait connaître à nos lecteurs l'organisation de la Faculté de Médecine de Beyrouth et les difficultés pour les nouveaux docteurs de pratiquer la médecine en Turquie.

D'après une note publiée dans plusieurs journaux de médecine, voici la solution donnée à cette *crise* : « Grâce au efforts de la diplomatie française, la Turquie a fini par reconnaître à la Faculté de Beyrouth les mêmes droits qu'à la Faculté de Constantinople, et désormais les diplômes des deux Facultés auront la même valeur sur tout le territoire de l'empire.

Toutefois, le Gouvernement ottoman a maintenu son droit de contrôle sur les grades décernés par la Faculté de Beyrouth, et il a décidé que les jurys d'examen se composeraient des trois éléments suivants : des professeurs délégués par la France, des professeurs faisant partie du corps enseignant de la Faculté de Médecine de Beyrouth, et enfin des examinateurs, au nombre de trois, délégués par le gouvernement de la Porte et faisant partie de la Faculté de Constantinople ».

(*Lyon médical*).

Le docteur Le Gendre, médecin des Hôpitaux de Paris, a eu l'idée ingénieuse de condenser, en quelques lignes, les préceptes relatifs à l'alcoolisme pour vulgariser les méfaits qu'il provoque et de les afficher sur une pancarte au lit de chaque malade. La *Société Médicale des Hôpitaux* a approuvé cette initiative louable. Nous avons pu nous procurer ces préceptes et les mettons sous les yeux de nos lecteurs, nous promettant d'en faire des tirés à part pour distribution et affichage, comptant aider ainsi à la lutte entreprise par le corps médical contre l'alcoolisme :

La plupart des maladies soignées dans les hôpitaux sont causées ou aggravées par l'**abus des boissons alcooliques.**

Toutes les boissons alcooliques sont **dangereuses**. Les plus nuisibles sont celles qui contiennent, avec l'alcool, des **essences** aromatiques, comme *la liqueur d'absinthe, qui ne peut jamais être bienfaisante*, et les prétendus apéritifs appelés « *amers* ».

Les boissons alcooliques sont encore plus dangereuses quand on les prend le matin *à jeun* et entre les repas.

L'homme devient **inévitablement** alcoolique, c'est-à-dire **empoisonné** lentement par l'alcool, **même sans avoir été jamais en état d'ivresse**, quand il boit tous les jours de l'alcool, de la liqueur ou trop de bière (plus de 2 litres par jour, en comptant la boisson du repas).

— *L'alcool est un poison*, dont l'usage habituel détruit plus ou moins vite, mais inévitablement, les organes les plus nécessaires à la vie : l'estomac, le foie, les reins, les canaux du sang, le cœur et le cerveau.

— L'alcool excite l'homme, mais **il ne le fortifie pas**.

— Il ne remplace pas la nourriture, mais il en fait perdre le goût.

Quand on boit souvent de l'alcool, ou quand on boit trop de bière (plus de deux litres par jour), on est plus exposé aux maladies et, quand on est devenu malade, la maladie est toujours plus grave, elle se complique souvent de **délire mortel**.

— L'alcool cause très souvent la **phtisie**, en affaiblissant les poumons ; chaque année nous voyons des malades qui entrent d'abord à l'hôpital pour alcoolisme et qui reviennent quelques mois plus tard atteints de **phtisie**.

Les parents qui ont fait abus des boissons alcooliques ont souvent des enfants qui naissent mal conformés ou idiots, ou qui meurent de convulsions.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Il vient de se fonder, à Paris, une nouvelle Société qui qui prend le nom de **Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie.**

Le bureau est ainsi composé : MM. Pinard, président ; Terrier, vice-président ; Varnier, secrétaire-général ; Baudron et Legueu, secrétaires annuels ; Potocki, archiviste ; Champetier de Ribes, trésorier.

MM. les professeurs F.-J. Herrgott (de Nancy) et L.-D. Moussous (de Bordeaux) ont été élus membres honoraires.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenance de Thèses

M. A.-E.-F.-A.-H.-J. Caumartin, ex-interne des hôpitaux de Lille, de Regnière-Ecluse (Somme), a soutenu, le jeudi 23 février, sa thèse de doctorat (5me série, n° 113), intitulée : **Contribution à l'étude de la nécrose du maxillaire d'origine non dentaire par infection buccale.**

— M. L. Lheureux, externe des hôpitaux, de Sainghin-en-Weppes (Nord), a soutenu, le mardi 28 février, sa thèse de doctorat (5me série, n° 114), intitulée : **La déambulation dans les affections du membre inférieur**.

La **Société protectrice de l'enfance** a décerné, récemment, les prix à ses médecins-inspecteurs. Parmi les lauréats, nous relevons comme intéressant notre région, les noms de MM. les docteurs Dermigny, de St-Simon (Aisne), pour une médaille de vermeil ; Frémicourt, de Jaulgonne (Aisne), pour une médaille d'argent ; Delavalle, de Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais) et Guillemont, de Bourbon (Pas-de-Calais), pour une médaille de bronze.

Mutations dans les asiles d'aliénés du Nord

M. le docteur Maupaté, médecin-adjoint de 1re classe à l'asile d'Armentières, est nommé à l'asile de Bailleul.

M. le docteur Deswarte, est nommé médecin-adjoint de 2e classe à l'asile de Bailleul, en remplacement de M. Chocraux, nommé à Alençon.

M. le docteur Muzin, est nommé médecin-adjoint de 2e classe, à l'asile d'Armentières.

— Dans la liste des **Elèves de l'École de santé militaire** reçus docteurs en médecine et nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, nous relevons les noms de MM. Dauthuille et Spire, anciens élèves de notre Faculté.

HOPITAUX

Rouen. — MM. Hébert et Salle viennent d'être nommés, après concours, médecins-adjoints des hôpitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES : NOMINATIONS

Académie des sciences. — M. le docteur Lortet, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, a été élu correspondant national.

— *Académie de médecine.* — Sir J. Lister, de Londres, et M. R. Koch, de Berlin, ont été élus membre associés étrangers.

Distinctions honorifiques

M. le docteur Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, vient de se voir conférer, par le Sultan, la deuxième classe de l'Osmanié (Turquie).

Ont été nommés :

Chevalier de la Légion d'honneur. — M. le docteur Marmottan (de Paris).

Dans la récente promotion de palmes académiques, nous avons relevé, en ce qui concerne la région du Nord de la France, les noms suivants de nos collègues, amis et abonnés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Buisson, d'Auberchicourt (Nord) ; Phocas et Richard, de Lille.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Biat, à Liévin (Pas-de-Calais) ; Duriau, à Dunkerque (Nord) ; Pascalin, à Saint-Pol-sur-Mer ; Thibout, à Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise). Nous adressons à ces confrères nos bien sincères félicitations.

Nominations

Bordeaux. — M. Denucé, agrégé, est rappelé à l'exercice.

Toulouse. — M. Cestan, agrégé, est nommé chef des travaux de médecine opératoire.

Angers. — M. le docteur Thibault, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie interne ; M. le docteur Brin, suppléant, d'un cours de pathologie externe.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Hérin, de Féchain (Nord), après cinquante-cinq ans de pratique ; Dhaussy, de Courrières (Pas-

de-Calais). Nous adressons à leurs familles l'expression de nos bien vives condoléances.

MM. BOUCHARD, professeur d'anatomie, à Bordeaux, WOLFHÜGEL, professeur d'hygiène, à Gœttingue (Allemagne).

BIBLIOGRAPHIE

Les Rayons de Rœntgen et le diagnostic de la Tuberculose, par le Dr BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Un vol. in-16 carré, 100 pages et 9 fig., cart. Librairie J.-B. Baillière et Fils, Paris.

L'emploi des Rayons de Rœntgen, qui rend au chirurgien de si grands services, est tout aussi précieux pour les médecins ; il suffit, pour s'en convaincre, de lire l'intéressante *Actualité médicale*, que vient de publier le Dr BÉCLÈRE.

La révélation des lésions pulmonaires tuberculeuses à l'écran fluorescent, l'aspect variable correspondant aux cavernes, et surtout la possibilité du diagnostic précoce de la tuberculose par la radioscopie devançant les autres modes d'exploration, tels sont les grands faits désormais acquis, auxquels est consacré ce volume.

Après un exposé sommaire de la radiographie et de la radioscopie en général, M. BÉCLÈRE montre ce que donne la radiographie d'un thorax normal ; les poumons sont transparents des sommets à la base.

Il passe ensuite en revue les différents cas de diagnostic de tuberculose : la tuberculose latente, qui peut se laisser soupçonner par une diminution de la transparence ; le diagnostic de la tuberculose latente, alors qu'aucun symptôme n'existe, peut avoir une importance immense, surtout pour les jeunes gens au seuil du service militaire.

Viennent ensuite : la tuberculose douteuse, que confirme la radiographie ; la tuberculose certaine, où les rayons de Rœntgen ne servent plus qu'à délimiter le mal. M. BÉCLÈRE termine cette étude par la différenciation de la tuberculose avec les maladies simulant la tuberculose.

Dans une maladie comme la tuberculose, dont la guérison dépend de la promptitude du traitement, l'importance de cette nouvelle méthode de diagnostic n'échappera à personne.

Enfin, une bibliographie très complète termine cet intéressant volume, qui figure à juste raison dans la collection des *Actualités médicales*, et qui ne le cède en rien aux précédents.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

8e SEMAINE, DU 19 AU 25 FÉVRIER 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	3
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	5	9
40 à 60 ans	12	4
60 à 80 ans	7	6
80 ans et au-dessus	3	3
Total	51	36

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	3	7	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	3	»	»	»	1	»	4	10	16
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	2	3	»	»	1	»	»	»	»	»	6	15	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	4	4	1	»	»	3	»	»	»	»	»	5	19	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	5	7	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	8	11	18
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	6	11	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Total	»	»	»	»	»	4	»	5	10	7	6	»	»	12	2	»	1	1	»	39	87	140

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 113. Troisième Année, N° 11. Le Numéro : 10 centimes. 12 Mars 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La cystocèle crurale

Par le docteur **Lambret**, chef de clinique chirurgicale

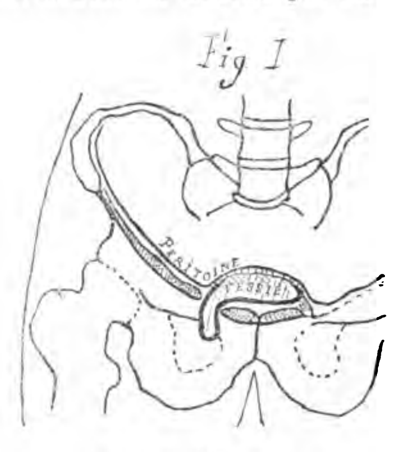
On a beau savoir que la rencontre de la vessie au cours d'une opération de hernie (cure chirurgicale ou kélotomie) est une éventualité possible, le fait, quand il se produit, constitue toujours une surprise. Aujourd'hui que de nombreux hernieux viennent spontanément réclamer la cure chirurgicale de leur affection, il importe cependant d'être toujours en quelque sorte sur le qui-vive et de rechercher la vessie pour ainsi dire systématiquement. Les lecteurs de ce journal n'ont certes pas oublié les trois observations de cystocèles inguinales rencontrées en l'espace de quelques mois par M. le professeur DUBAR ; l'an dernier, M. le professeur CARLIER présentait à la *Société de médecine du Nord* un malade atteint d'une cystocèle inguinale, et nous-même venons d'en observer deux cas consécutifs au cours d'opérations pratiquées par notre maître, le professeur FOLET. Ces faits récents et tout à fait locaux suffisent pour montrer que la hernie de la vessie dans le canal inguinal n'est pas, en somme, d'une rareté excessive. Par contre, la hernie crurale de la vessie est beaucoup plus rare. Les recherches bibliographiques que nous avons faites nous ont permis d'en réunir seulement quatorze observations auxquelles nous allons ajouter une quinzième, personnelle.

OBSERVATION. — Le 1er janvier 1899, j'étais appelé auprès d'une femme âgée de 58 ans, qui présentait, depuis l'avant-veille au soir, des accidents d'étranglement herniaire. Cette femme, mère de neuf enfants bien portants, avait remarqué, il y a une vingtaine d'années, qu'elle portait une petite tumeur dans l'aine droite ; cette tumeur avait le volume d'un marron, n'avait jamais été douloureuse, et même, disait la malade, à certains moments elle ne la sentait pas. L'avant-veille au soir, en soulevant un baquet plein d'eau, elle avait brusquement ressenti une douleur violente dans l'aine droite, et depuis ce moment elle était couchée. Quand je la vis elle n'avait pas encore été à la selle, elle avait émis quelques gaz ; depuis deux jours elle avait eu de nombreux vomissements muqueux et bilieux, son état général paraissait moyennement atteint, le pouls était à 104, la température à 37°8. La palpation de la hernie est douloureuse, et elle est en outre rendue très difficile, car la malade est très grasse et tous ses parois sont flasques par suite des grossesses répétées. A cause de la persistance de l'émission de quelques gaz, j'émets l'hypothèse de l'existence d'un pincement latéral de l'intestin et je propose la kélotomie qui est acceptée. Après incision de la peau et du tissu cellulaire, j'arrive

sur une couche de tissu rougeâtre, infiltré, d'apparence quasi-musculaire, et je crois me trouver en présence d'un sac très épaissi ; je continue à inciser, et mon désappointement est grand car je n'arrive pas dans le sac ; enfin un dernier coup de ciseaux ouvre une cavité, il s'en échappe du liquide et je puis en explorer l'intérieur ; il n'y a rien dans ce sac, et ne voyant ni épiploon ni intestin, un instant j'ai la crainte d'avoir réduit une anse intestinale pendant le lavage de la région ; puis l'hypothèse d'un sac déshabité me traverse l'esprit. Je dissèque ce que je prends toujours pour un sac et arrive sur le ligament de Gimbernat, je débride, fort heureusement, en dehors du sac ; une nouvelle quantité de liquide s'échappe alors : immédiatement je songe à la vessie et mon index, qui pénètre dans la cavité vésicale, confirme l'hypothèse : c'est donc bien à une cystocèle extrapéritonéale étranglée que j'avais affaire. Je fermai immédiatement le réservoir vésical au moyen d'un surjet à la soie fine et réduisis dans l'abdomen le diverticule hernié en amenant les extrémités du fil ayant servi à la suture vers la ligne médiane et les fixant au muscle droit exécutant une véritable cystopexie. N'ayant pas de sonde de Pezzer, je ne pus employer la sonde à demeure, j'ordonnai de cathétériser la malade toutes les trois heures. La guérison se fit simplement et le huitième jour j'enlevai le drain et les fils. Détail très important que je reconnus lors du pansement, cette femme porte un fibrome assez volumineux qui tend à sortir du bassin, fibrome non douloureux d'ailleurs, qui ne la gêne en rien et qu'en raison de son âge il convient, je crois, de respecter.

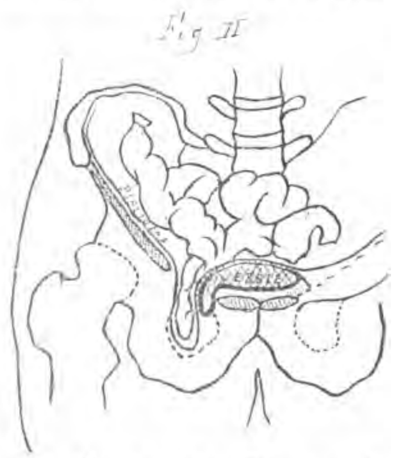
La première observation de hernie crurale de la vessie non douteuse appartient à Verdier; on la trouvera dans un travail présenté à l'Académie en 1825, travail très documenté et auquel on se reporte encore avec fruit pour tout ce qui concerne les cystocèles. Ce n'est qu'en 1890 que paraît la seconde observation de cystocèle crurale et, depuis, on en publie un ou deux cas tous les ans. La question a inspiré un seul travail d'ensemble qui est la thèse de Legrand (Paris 1896). La cystocèle inguinale est beaucoup plus connue, elle a été très étudiée ; beaucoup de points sont communs à la cystocèle inguinale et à la crurale ; ceci nous permettra d'être souvent bref.

Au point de vue anatomo-pathologique, on distingue trois variétés de hernie inguinale de la vessie : la hernie extrapéritonéale, la hernie parapéritonéale et la hernie intrapéritonéale. Ces termes sont suffisamment clairs et il nous semble inutile de les expliquer. Jusqu'à présent on n'a encore rencontré que des cystocèles crurales appartenant aux deux premières variétés. Dans la hernie extrapéritonéale (fig. I), il n'y a pas de sac séreux, la vessie constitue la hernie à elle toute seule et sa couche musculeuse est en rapport avec le tissu cellulaire et les aponévroses (c'est à cette variété qu'appartenait la cystocèle dont nous avons rapporté plus haut l'observation). Dans la hernie parapéritonéale (fig. II) il existe en même temps une entérocèle ou une épiplocèle et la vessie est accolée au sac péritonéal ; quand on dissèque ce sac, on constate qu'il est doublé en dedans par une couche assez



Cystocèle Extrapéritonéale

épaisse de tissu d'apparence musculaire dont on le sépare avec plus ou moins de difficulté : c'est la vessie. Au devant de la vessie et du sac, dans la moitié des cas environ, on a signalé la présence d'un lipome préherniaire (qui peut également exister dans la cystocèle extrapéritonéale), petite masse graisseuse dont on a exagéré l'importance pathogénique. Les rapports de la vessie et du sac peuvent varier : le plus souvent le sac



Cystocèle Parapéritonéale

herniaire descend beaucoup plus bas que la vessie, mais le contraire est possible et, dans ces circonstances la vessie demeurant en avant du sac, son déplacement paraît bien être le premier en date, l'entérocèle n'étant que secondaire. Dans le premier cas, quand la hernie

de la vessie est petite, elle peut passer inaperçue et l'organe peut être blessé sans qu'on le sache, au cours d'une cure radicale et surtout au cours du débridement d'une hernie étranglée; cet accident est fréquent dans la hernie inguinale, mais nous n'en connaissons pas d'exemple dans la cystocèle crurale. LEGRAND croit que, cette blessure pouvant avoir des suites sérieuses à cause de l'écoulement de l'urine dans le péritoine, les observations n'en ont pas été publiées; il fait remarquer qu'on ne publie pas volontiers ses insuccès : en outre, le malade mourant un jour ou deux après l'opération, la véritable cause de la mort peut passer inaperçue et celle-ci est mise sur le compte de l'infection herniaire, de l'intervention tardive... et si l'autopsie n'est pas pratiquée avec beaucoup de soin, la blessure de la vessie demeure ignorée.

La cystocèle crurale, contrairement à l'inguinale, est beaucoup plus fréquente chez la femme; sur 15 observations, nous comptons 13 femmes; elle se fait de préférence du côté droit puisque 13 fois également elle siégeait à droite ; c'est essentiellement une affection de l'âge adulte, nous ne connaissons aucun cas au-dessous de 28 ans.

La pathogénie de la cystocèle crurale est assez obscure — celle de l'inguinale ne nous paraît pas mieux établie d'ailleurs – et c'est à sa compréhension que nous nous sommes plus particulièrement attaché. A l'état normal, quand elle est vide, la vessie est cachée derrière le pubis et sa pénétration dans le canal crural est complètement impossible. Distendue, la vessie s'élève plus ou moins haut, suivant le degré de sa distention ; elle se dilate également suivant son diamètre transverse, elle vient alors assez vite se placer en regard de l'anneau crural ou tout à fait dans son voisinage (en même temps qu'elle comble les fossettes inguinales interne et moyenne) ; quand elle n'atteint pas l'anneau, en regard de celui-ci vient toujours se mettre la couche graisseuse périvésicale, grâce à la laxité de laquelle, au fur et à mesure qu'elle se videra, la vessie se dissimulera à nouveau derrière la ceinture pelvienne.

De ceci d'abord, on peut déduire un premier fait : la vessie s'engagera d'autant plus facilement dans l'anneau qu'elle en quittera moins les parages, lorsque par exemple, par suite de la diminution de sa tonicité, elle n'oppose pas de résistance à sa distension, quand elle est flasque et fait des tentatives moins énergiques pour chasser son contenu et rentrer dans le bassin. Ces conditions peuvent être assez bien réalisées par les grossesses répétées chez certaines femmes : la grossesse favorise la distension vésicale, elle fait obstacle à la miction, elle relâche la paroi abdominale, de même chez l'homme, l'hypertrophie de la prostate est susceptible de placer le réservoir urinaire dans une situation à peu près analogue. Un autre fait, plus important, croyons-nous, c'est la fréquence de la coexistence des tumeurs pelviennes et de la cystocèle crurale ; la malade de VERDIER présentait « une hydropisie du bas-ventre ; celle de JABOULAY avait une hématocèle et l'apparition de la hernie avait succédé à l'hématocèle ; dans l'observation de GUTERBOCK on trouva à l'autopsie un abcès stercoral dans le bassin, les malades de HABS, d'ESCAT et GUINARD et la nôtre portaient un fibrome utérin. Ajoutons que la malade d'AÜE, atteinte de myélite transverse, faisait de la rétention d'urine. Dans les autres cas l'examen du petit bassin n'a pas été fait et il faut bien reconnaître qu'on n'a pas coutume de le pratiquer en cas de hernie crurale. Or, pour le point qui nous intéresse actuellement, il est très important d'insister sur les modifications de forme, sur les changements de position que la vessie est susceptible de subir par suite de la présence d'une tumeur dans le pelvis ; c'est une remarque que tous les chirurgiens ont pu faire au cours des fibromyectomies abdominales (je prends cette opération comme exemple parce qu'elle est la plus courante) ; ils ont vu souvent la vessie, gênée par la tumeur, s'élever haut dans l'abdomen, s'étaler transversalement, prendre la forme d'un sablier, se placer où elle peut en un mot, parfois même s'ils ne l'ont pas blessée, ils ont failli le faire, parce qu'elle était là où ils ne l'attendaient pas. Dans ces circonstances la vessie peut être maintenue constamment au voisinage de l'anneau crural et on s'explique ainsi qu'elle s'y engage. C'est pourquoi, nous semble-t-il, l'influence causale du lipome herniaire a été exagérée — nous avons vu que ce lipome n'était pas constant, et nous pensons que la théorie de MONOD et DELAGÉNIÈRE qui en font le facteur de toute cystocèle est trop absolue : le lipome préherniaire n'est en somme qu'une émanation de la graisse périvésicale et cette graisse, il est facile de le contrôler, n'entraîne pas le réservoir vésical hors de l'abdomen, et si elle a une influence quelconque sur son déplacement, c'est plutôt en tant que tissu favorisant le glissement de ce réservoir.

Autre point à déterminer : quand il existe une entérocèle concomittante, la vessie a-t-elle été secondairement attirée par le péritoine, ou a-t-elle, au contraire, entraîné ce dernier ? Pour résoudre cette question, il importe de connaître le degré de l'intimité de l'adhérence du péritoine à la vessie ; or, d'une façon générale, on peut dire que la vessie et le péritoine sont unis l'un à l'autre par des adhérences excessivement lâches. Les dissections entreprises par divers auteurs ont d'ailleurs donné des résultats différents ; dans une première série, DELBET n'arriva pas à décoller complètement le péritoine de la vessie, tandis que dans une deuxième série de dissections il y arriva aisément. JABOULAY et VILLARD signalent sur la ligne médiane et au sommet de la vessie une zone non décollable, tout le reste étant décollable. Nous avons fait des expériences à notre tour sur vingt sujets d'amphithéâtre ; il faut savoir éviter un écueil, car il importe, pour que la séparation du péritoine et de la vessie soit un véritable décollement, que la tunique musculeuse de la vessie ne soit pas entamée, il faut donc toujours faire agir le décolle-adhérence ou le doigt vers la face profonde du péritoine ; dix-huit fois sur vingt, ce décollement s'est effectué sans aucune difficulté et d'une façon complète, deux fois au contraire il fut beaucoup plus pénible, la couche graisseuse périvésicale était moins développée et nous n'avons mené notre dissection à bonne fin qu'en abandonnant au péritoine des bribes de la musculeuse. Sur chacun de ces sujets, nous faisions précéder le décollement d'une autre expérience qui consistait à pratiquer des tractions énergiques sur le péritoine au niveau de l'anneau crural absolument comme on le fait dans la cure radicale, trois fois nous avons vu poindre dans l'angle interne la graisse périvésicale, mais la vessie (moyennement distendue par une injection préalable) était loin encore ; dans les deux cas où le décollement fut difficile, la vessie est venue effleurer l'anneau. Il n'y a donc pas, croyons-nous, des zones non décollables, mais simplement des vessies dont le revêtement péritonéal se décolle très bien, d'autres, les plus rares, qui lui sont plus intimement unies. La cystocèle dite opératoire, c'est-à-dire la hernie de la vessie qu'on voit se produire au cours d'une cure chirurgicale au moment où on fait des tractions sur le sac, est le résultat de l'adhérence du péritoine à la vessie. La facilité avec laquelle le décollement s'opère dans 90/100 des cas n'est que la manifestation *post-mortem* de la grande laxité de l'adhérence de la couche graisseuse périvésicale à la vessie. Il semble donc résulter de ces remarques que peu de sujets seraient susceptibles d'avoir une hernie de la vessie, et c'est ainsi qu'on s'explique la rareté de la cystocèle même lorsque la hernie intestinale, étant très volumineuse, une grande partie du péritoine est descendue. Maintenant, pourquoi le péritoine adhère-t-il plus fortement dans 10/100 des cas ? Nous ne pouvons le dire d'une façon formelle. Peut-être y a-t-il une cause pathologique et les affections antérieures de la vessie y sont-elles pour quelque chose ; le premier de nos deux sujets avait une prostate volumineuse, le second avait une grasse goutte militaire dans le canal ; ces deux sujets pouvaient donc avoir eu des poussées de cystite légère. Il peut très vraisemblablement exister des causes extravésicales et à ce propos nous pourrions citer une des deux observations de cystocèle inguinale que nous avons rencontrées dans le service du professeur FOLET ; elle fut découverte au cours d'une nouvelle opération faite pour remédier à une hernie inguinale récidivante. Il s'agissait d'un de ces individus à parois abdominales peu résistantes chez lesquels les hernies se reproduisent avec tant de facilité. Bien qu'elle n'ait pas été suivie de suppuration, la première opération devait avoir amené une certaine irritation dans le voisinage des fils de soie qui avaient servi à suturer les piliers et cette irritation avait eu vraisemblablement pour résultat de produire une adhérence suffisante du péritoine à la vessie, par la suite celle-ci avait été entraînée avec le péritoine lorsqu'il avait recommencé à descendre dans la nouvelle hernie. Donc, à l'interrogation posée au début de ce chapitre : du péritoine ou de la vessie quel est celui qui entraîne l'autre ? nous croyons pouvoir répondre que c'est l'un ou l'autre. Si une entérocèle apparaît chez un individu à péritoine adhérent, il y a des chances pour que la vessie soit entraînée avec la hernie ; si dans les mêmes conditions se produit une cystocèle primitive, il est probable que le péritoine accompagnera la vessie dans sa descente. Quant à la théorie qui fait de la cystocèle le résultat d'une malformation congénitale, la constatation de la hernie crurale seulement à partir de l'âge de 28 ans, montre qu'elle ne peut être appliquée que d'une façon restreinte ; au reste, la congénitalité est trop souvent invoquée pour cacher notre ignorance. Néanmoins, rappelons-nous le cas d'HARTMANN, où la vessie et la trompe habitaient simultanément une hernie et

admettons la possibilité d'une malformation congéninale, dont nous ignorons d'ailleurs le mécanisme.

La symptomatologie de la cystocèle crurale doit être étudiée d'une façon brève ; qu'il nous suffise de dire que VERDIER seul a pu faire un diagnostic exact en dehors de toute intervention. Les signes fonctionnels font défaut ou à peu près ; quelquefois en interrogeant le malade après la découverte opératoire on apprend l'existence de troubles sans importance tels par exemple des envies fréquentes d'uriner. Un signe plus précis qui existait à un haut degré chez le malade porteur d'une cystocèle inguinale présenté à la *Société de Médecine du Nord* par M. CARLIER, serait la constatation de la miction en deux temps, le deuxième temps étant produit par une pression exercée sur la tumeur : il n'a jamais été constaté dans la variété crurale. A l'inspection, on trouve à la région crurale une tumeur petite et maronnée et en tous points semblable à la hernie crurale commune. A la percussion cette tumeur est sonore ou mate suivant qu'elle contient ou non de l'intestin ; la matité ne prouverait d'ailleurs rien puisque c'est un symptôme de l'épiplocèle. Par la palpation, on peut juger de la réductibilité ; celle-ci fait ordinairement défaut, mais il y a des causes d'erreur : le refoulement du liquide dans la grande cavité vésicale, la réduction d'une anse intestinale ; il reste dans ces cas une masse mollasse constituée par les parois de la cystocèle, mais dont la perception est très difficile surtout chez les sujets gras. Pendant l'effort la tumeur herniée est plus tendue, et le phénomène s'explique facilement par l'arrivée d'une certaine quantité de liquide venu de la portion intra-abdominale de la vessie.

Théoriquement, on conçoit qu'en pratiquant le cathétérisme avec un instrument métallique on puisse pénétrer dans le diverticule vésical. L'expérience démontre que cette manœuvre est à peu près impossible et elle reste extrêmement difficile même quand la portion herniée de la vessie est ouverte ; bien plus, si on injecte du liquide sous une certaine pression on ne réussit à le faire pénétrer dans le diverticule que dans la moitié des cas environ.

L'étranglement de la cystocèle crurale est, comme le montre notre observation, une éventualité possible et c'est un accident fréquent rencontré dix fois sur 15 cas. S'il y a entéro-cystocèle, les symptômes sont ceux de l'étranglement banal et nous ne nous y arrêtons pas. Si la vessie est herniée seule, le début coïncide presque toujours avec un effort et immédiatement la tumeur devient douloureuse. Les troubles généraux apparaissent bientôt, mais à des degrés divers, on peut les rapprocher de ceux qu'on constate dans l'épiplocèle étranglée, dans l'inflammation d'un sac herniaire déshabité : il y a du ballonnement du ventre, des vomissements souvent tardifs, une constipation rebelle, mais l'émission des gaz peut continuer à se faire, l'état général est mauvais, le faciès grippé, le pouls petit et filiforme.

En résumé, on le voit, les symptômes de la cystocèle crurale n'ont rien de caractéristique et en pratique le diagnostic ne se fait pas.

Pendant l'opération l'attention du chirurgien devra être mise en éveil par la découverte du tissu épais, rougeâtre, d'aspect musculaire que nous avons signalé ; encore cet aspect est-il absolument identique, nous l'avons constaté plusieurs fois, à celui que présente le gros intestin dans les hernies par glissement ; s'il existe en même temps une enterocèle l'épaisseur anormale, la doublure charnue du sac à la partie postéro-interne feront songer à la vessie, leur constatation a permis une seule fois (DEMOULIN) d'éviter la blessure de cet organe. L'examen des observations nous montre en effet que l'ouverture de la vessie est à peu près fatale. Il n'est donc pas sans importance de dire à l'aide de quels signes on reconnaît cette blessure. Dans l'entéro-cystocèle, un doigt introduit dans le sac, un autre dans la cavité accidentelle ne se rencontrent pas ; par cette cavité accidentelle s'écoulera du liquide analogue à l'urine (dans les cas d'étranglement, il va sans dire que le débridement a été d'abord effectué) ; la sonde introduite dans la vessie ramènera de l'urine teintée de sang ; « son bec viendra se montrer dans la plaie ; un doigt introduit dans la nouvelle cavité accrochera la sonde avec l'ongle : un liquide injecté dans la vessie ressortira par la plaie » (LEGRAND). Cependant ces signes peuvent manquer, dans certaines cystocèles extra-péritonéales surtout, la tumeur pelvienne coexistante appliquant hermétiquement la vessie contre la branche horizontale du pubis, la communication avec la grande cavité vésicale ne se fait que par un canal étroit et il arrive que la cystocèle ouverte passe inaperçue ; on croit avoir affaire à un sac herniaire, on le lie et on le résèque et ce n'est qu'après l'opération qu'on a la surprise de constater des troubles vésicaux. L'accident est arrivé à JABOULAY et VILLARD et dans ce cas la réunion a été quand même obtenue pri-

mitivement ; mais d'autres fois la plaie opératoire s'est désunie et il s'est produit une fistule urinaire.

Si une hernie crurale de la vessie était diagnostiquée un jour, la menace de l'étranglement suffit pour en rendre la cure radicale indiquée, mais jusqu'à présent ce point de vue est purement théorique. Quand, au cours d'une opération, on s'aperçoit qu'on vient de blesser la vessie, la meilleure conduite à tenir c'est de suturer la plaie vésicale à la soie fine ou au catgut en prenant bien soin de faire des sutures sous-muqueuses. Toutes les fois qu'on le pourra et c'est la conduite que nous avons suivie, on devra, nous semble-t-il, réduire la portion herniée de la vessie dans l'abdomen, la manœuvre s'est exécutée très facilement dans notre cas au moyen des fils ayant servi à la suture, qui nous ont permis d'exécuter une véritable cystopexie. Certains auteurs se plaçant plus spécialement, il est vrai, au point de vue de la cystocèle inguinale, ont proposé la résection systématique de la portion herniée. Cette manière de faire nous paraît discutable et surtout inutile en l'espèce. Nous ne l'admettons guère théoriquement que si les lèvres de la plaie vésicale étaient par trop déchiquetées, que s'il y avait menace de sphacèle de la paroi par suite d'étranglement trop serré.

Dans tous les cas on ne négligera pas le drainage de la plaie et on préviendra la distension de la vessie tout en assurant son repos par l'emploi de la sonde à demeure ou à l'aide du cathétérisme fréquemment répété.

Sur un cas d'hémoptysie mortelle chez un enfant de 8 ans

Par le Dr **E. Ausset**, agrégé,
chargé de la Clinique des maladies des Enfants à l'Université de Lille.

Les hémoptysies sont très rares chez les enfants, et si l'on consulte la littérature médicale on constate rapidement que malgré la grande fréquence de la tuberculose, si souvent hémorrhagique chez l'adulte, les accidents hémoptysiques sont assez peu souvent notés chez l'enfant.

Berton (1) nous semble être le premier à avoir signalé ces hémoptysies. Il rapporte deux cas d'hémoptysie foudroyante survenue à la suite d'une perforation de l'artère pulmonaire par des ganglions tuberculeux. Becquerel (2), Rilliet et Barthez (3), West (4), ont rapporté quelques observations où l'hémoptysie est notée. Henoch, Mantel (*Progrès Médical* 1887), Meusnier (Thèse de Paris 1892) ont également relaté des cas d'hémoptysies qui, le plus souvent, se sont produites chez des tuberculeux. Cadet de Gassicourt, Douglas-Powell ont montré qu'on pouvait les observer à tout âge (16 mois et 7 mois). Mais quoi qu'il en soit c'est tout au plus si nous avons pu retrouver une quarantaine de cas publiés dans la science.

Aussi nous a-t-il paru utile de relater un cas très intéressant que nous venons de voir se dérouler dans notre service de l'hôpital St-Sauveur.

L..... Robert, âgé de 8 ans, entre dans le service de notre collègue Phocas, le 5 décembre 1898, pour être opéré d'une mastoïdite consécutive à une otite moyenne suppurée.

Nous ne possédons sur cet enfant aucune espèce de renseignements soit sur ses antécédents héréditaires, soit sur les maladies qui auraient pu l'atteindre auparavant.

Il entre donc chez notre collègue Phocas le 5 décembre. Le 8, il est pris d'une hémoptysie très abondante que l'on a évaluée à environ 300 gr. Le 13, il est opéré sans aucun incident notable. Le 15, à 5 heures du soir, nouvelle hémoptysie, encore plus abondante que la première, et le même jour, à 9 heures du soir, nouvelle hémoptysie peu abondante cette fois.

Il n'entre dans notre service, par évacuation, que le 17 au matin. On n'a pu me fournir aucun renseignement sur son état général pendant son séjour en chirurgie ; j'ai pu seulement savoir qu'après l'opération, la température a oscillé autour de 38° sans jamais dépasser ce chiffre.

A son entrée dans notre service, le 17 au matin, nous constatons son extrême faiblesse, il semble tout-à-fait exsangue, tous ses tissus sont d'une pâleur cireuse, les muqueuses sont absolument décolorées. Il éprouve la plus grande fatigue à se mouvoir dans son lit, recherche le repos, fuit les questions, auxquelles il répond à peine. Le pouls est petit, filiforme, la température périphérique est certainement bien au-dessous de la normale, les extrémités sont notablement refroidies.

Cependant la température centrale est normale, le thermomètre marque 36°8, dans le rectum.

La surface cutanée ne présente pas la moindre pétéchie. Il n'y a pas de sang dans les urines, ni dans les selles. Il n'y a rien au cœur, les battements en sont très faibles, mais nous ne notons aucun bruit anormal aux divers orifices. Rien au foie, ni à la rate. Rien de particulier n'est décelé par la palpation des organes abdominaux (estomac, intestin, reins). La bouche, examinée avec soin, ainsi que la langue, ne montre aucune érosion de la muqueuse.

L'enfant ne présente aucun trouble de la sensibilité ni des réflexes qui puisse faire soupçonner la grande névrose.

Du côté des poumons, l'examen pratiqué très attentivement nous montre :

En arrière, à gauche : matité dans la fosse sus-épineuse, mais tout-à-fait à la partie supérieure, car à mesure qu'on se rapproche de l'épine de l'omoplate la sonorité revient, amoindrie c'est vrai, mais tout-à-fait normale dans la fosse sous-épineuse.

A l'auscultation, respiration soufflante à l'endroit mat, avec quelques petits râles à l'inspiration, surtout après la toux. Rien d'anormal ailleurs.

A droite : légère diminution de sonorité dans la fosse sus-épineuse où la respiration est rude, un peu soufflante sans râles. Rien à noter dans le reste du poumon.

En avant, des deux côtés, il n'y a rien d'anormal à noter.

(1) Berton. Traité des Maladies des Enfants, 1837.
(2) Becquerel. Traité théorique et pratique des Maladies des Enfants, 1842.
(3) Rilliet et Barthez. Maladies des Enfants, 1843.
(4) West. Leçons sur les Maladies des Enfants, 1848.

L'enfant tousse très peu et ne crache pas.

Traitement : Repos absolu, bottes sinapisées, ergotine, champagne glacé, diète.

Le même jour, dans la soirée, l'enfant est pris d'un accès de toux, et rejette subitement une très grande quantité de sang. Malgré les soins empressés et très appropriés donnés par mon interne, M. Chatelin, qui se trouvait là lors de l'hémorrhagie, le malade succombe.

Autopsie : Aussitôt la cage thoracique ouverte, on constate que tous les organes sont d'une extrême pâleur ; ils sont vidés de tout leur sang.

Il existe des adhérences pleurales des deux côtés, adhérences relativement assez récentes, faciles à déchirer avec les doigts, et qui comprennent presque toute la hauteur des deux poumons ; il n'y a pas du tout d'épanchement dans les plèvres. Nous ne trouvons pas trace, macroscopiquement du moins, de tuberculose pleurale.

Les poumons, enlevés, ont été examinés avec le plus grand soin, nous n'avons constaté aux sommets qu'un peu de congestion ; à ce niveau le tissu pulmonaire présente une coloration rosée, surtout à la coupe. La coloration était plus intense au sommet gauche. Mais nous n'avons pas trouvé le moindre noyau tuberculeux malgré nos recherches les plus minutieuses et longuement prolongées ; nous n'avons trouvé qu'un nodule tuberculeux, *en partie crétacé*, mais non pas aux sommets, où siégeait la congestion, mais bien sur le lobe moyen du poumon droit. Il faut ajouter que l'examen microscopique n'a pas été fait. En tous cas, nous le répétons à dessein, sauf ce petit nodule, gros comme un pois, pas la moindre lésion tuberculeuse des poumons visible à l'œil nu.

En revanche tous les ganglions bronchiques sont pris. Les uns présentent des granulations grises, d'autres commencent à devenir caséeux, d'autres enfin, et ce sont les plus nombreux, sont absolument crétacés.

Tous ces ganglions ont été autant que possible étudiés, disséqués, suivis avec le plus grand soin, nous n'en avons pas trouvé ayant contracté d'adhérences notables avec les organes voisins, surtout avec les vaisseaux ; toutefois dans le groupe de droite il y en avait quelques uns un peu plus adhérents que les autres. Les vaisseaux, eux aussi, d'ailleurs, ont été examinés avec attention, et il ne nous a pas été possible, par la dissection simple, de retrouver le vaisseau ouvert qui aurait donné naissance aux hémoptysies. Il est regrettable que nous n'ayons pas injecté les vaisseaux pulmonaires, ce qui nous aurait permis de les suivre plus loin, et peut être de trouver le vaisseau lésé.

L'œsophage examiné avec soin ne présente rien d'anormal ; pas la moindre érosion, pas de varices.

L'estomac est absolument rempli de sang ; on voit que ce sang est en partie coagulé. Une fois lavée, la muqueuse se montre absolument nette, et un examen très attentif et très minutieux nous montre qu'il n'y a ni érosion ni ulcération.

L'intestin est également normal. Pas la moindre érosion, particulièrement au niveau du duodénum.

Le cœur est normal ; l'endocarde est sain, les valvules sont normales, ni insuffisantes, ni rétrécies.

Rien à l'artère aorte, ni à l'artère pulmonaire.

Le foie, comme tous les autres organes, d'ailleurs, est absolument exsangue, et ne semble pas présenter d'autres lésions que celles d'une extrême anémie.

Rate et reins normaux. La boîte crânienne n'a pas été ouverte.

En résumé, voilà un sujet dont l'autopsie nous montre des lésions congestives banales des deux sommets sans tuberculose *apparente* à ce niveau, de l'adénopathie bronchique tuberculeuse et un noyau tuberculeux du poumon très petit et tout à fait localisé. Ce sujet a succombé à des hémorrhagies considérables qui l'ont absolument saigné à blanc. D'où viennent ces hémorrhagies ? Voilà ce qu'il nous faut rechercher maintenant afin d'essayer de justifier le titre de notre communication : « *Hémoptysie* chez un enfant ».

Chez l'adulte, il est généralement assez facile de diagnostiquer l'hémoptysie par les caractères du sang répandu, qui est spumeux, rutilant. Chez l'enfant, le plus souvent le sang est d'abord dégluti, puis rejeté après avoir séjourné dans l'estomac et par conséquent altéré dans une certaine mesure. Ces caractères ne peuvent donc ici nous servir pour notre diagnostic.

La première chose à s'enquérir est si nous n'avions pas affaire à une hémorrhagie venant de la muqueuse nasale ou buccale.

L'épistaxis peut en effet être, chez l'enfant, assez facilement confondue avec l'hémoptysie ; en effet, quand elle n'est pas très abondante, le sang passe souvent sur la paroi postérieure du pharynx, descend dans l'estomac pour être vomi ensuite. Mais dès qu'elle acquiert une certaine importance, le sang qui s'écoule par les narines vient faire le diagnostic. Chez notre enfant, bien que l'examen rhinologique minutieux n'ait pas été fait, on peut ne songer à une lésion de la pituitaire ; quelle qu'ait été l'importance de cette lésion, le sang n'aurait pas jailli avec une telle rapidité et une telle profusion ; dans les épistaxis, même graves, il faut toujours un certain temps avant qu'il s'écoule une quantité de sang aussi considérable que celle perdue par notre enfant.

Le sang ne pouvait pas non plus provenir de la bouche, que nous avons examinée en détail, et dont la muqueuse était intacte : pas d'ulcération du frein de la langue, si fréquente dans la coqueluche, et qui peut donner lieu à des hémorrhagies graves, c'est vrai, mais jamais aussi abondantes.

Chez les épileptiques, quand les morsures de la langue sont profondes, elles peuvent donner lieu à des hémorrhagies graves capables de donner le change. Mais notre enfant n'a jamais eu de crises d'épilepsie et avait sa langue intacte.

A l'autopsie, nous avons trouvé le pharynx et l'œsophage tout à fait intacts ; on ne peut donc songer à une hémorrhagie par lésion de ces organes. L'estomac, le duodénum étaient sains et par conséquent ne peuvent être incriminés. D'ailleurs, il faut bien le dire, il est très rare, tout à fait exceptionnel, de rencontrer chez l'enfant des hémorrhagies venant de ces organes Nous les avons cependant signalées, pour les éliminer, puisque Stawell (cité par Mantel, *Progrès Médical*, 1887) rapporte un cas où il a trouvé à la nécropsie « de petits ulcères profonds, ronds

ou ovales, sur la paroi postérieure de l'extrémité cardiaque de l'estomac. »

Ainsi donc, il est tout à fait impossible, il nous semble, de penser à autre chose qu'à une hémoptysie. Mais le problème n'est point encore complètement résolu, et il nous reste maintenant à rechercher la solution peut-être la plus pénible à trouver dans notre cas, à savoir la cause de cette hémoptysie.

Nous éliminerons, sans nous y arrêter, les hémoptysies nerveuses, *sine materiâ* ; notre enfant n'avait rien d'un hystérique, et, en outre, on n'a jamais vu les hémorragies de cette nature atteindre une telle proportion.

Nous ne pouvons penser non plus que nous nous trouvions en face d'un hémophilique, car les accidents hémorrhagiques ne se sont pas produits pendant l'opération sur la mastoïde, ni après, au niveau de la région touchée par le chirurgien.

On a signalé dans certaines affections aiguës des phénomènes congestifs du côté du poumon, assez intenses pour amener des hémoptysies. Sanné a observé deux cas de scarlatine dans lesquels il y eut des hémoptysies qui tuèrent les enfants ; il n'y avait pas de tuberculose. La rougeole et la variole pourraient, dans leurs formes malignes, produire les mêmes accidents. Il s'agit là de véritables embolies pulmonaires d'origine microbienne, d'apoplexies pulmonaires que les autopsies ont parfaitement décelées.

Dans d'autres cas, ces mêmes fièvres éruptives, survenant chez des tuberculeux, donnent un coup de fouet à la maladie et l'hémoptysie peut se produire.

Nous n'avons pas besoin d'insister pour démontrer qu il n'y avait rien de semblable chez notre malade.

Il régnait à ce moment à Lille, autant que nous avons pu nous en rendre compte par les malades de l'hôpital, et ceux de notre clientèle privée, une épidémie de grippe sur les enfants assez importante. Or, la grippe peut, comme les infections dont nous parlions tout à l'heure, amener de véritables apoplexies pulmonaires, ou activer une tuberculose déjà existante. Legroux (in thèse de Meusnier) a noté un fait de ce genre.

Chez notre petite malade, il n'y a pas à songer à la grippe ; rien dans le tableau clinique ne pouvait nous rappeler cette infection, et l'autopsie nous a montré qu'il n'y avait aucun foyer d'apoplexie pulmonaire.

En dehors des ulcérations du frein de la langue que l'on peut observer dans la coqueluche, cette affection pourrait amener à la suite des violentes quintes de toux, des hémoptysies graves ; Trousseau, Bouchut, Barthez et Sanné admettent la possibilité de ces accidents ; d'autres auteurs, au contraire, tels que Roger, les nient absolument.

Nous estimons que la vérité est entre les deux affirmations opposées, et, à notre sens, la coqueluche, qui est une maladie portant essentiellement son influence sur les ganglions bronchiques, peut parfaitement, *par l'intermédiaire de ces derniers*, amener des lésions des vaisseaux pulmonaires.

Mais, au reste, notre enfant n'avait pas la coqueluche ; on ne peut donc ici invoquer ce mécanisme.

Il n'existait pas non plus d'affection cardiaque. On sait que dans les maladies du cœur, congénitales ou acquises, il peut y avoir des hémoptysies par congestion intense du poumon. Rien de semblable chez notre malade. L'auscultation nous avait permis de constater l'intégrité du cœur, et l'autopsie est venue confirmer notre diagnostic.

Il ne pouvait non plus s'agir d'une hémoptysie par gangrène pulmonaire ; pendant la vie, la fétidité de l'haleine, du sang épanché, les signes stéthoscopiques nous auraient mis sur la voie du diagnostic, et à l'autopsie nous aurions dû retrouver le foyer de gangrène, qui, pour produire une telle émission sanguine, aurait présenté des dimensions ne permettant pas de le laisser passer inaperçu.

Il ne nous reste donc plus que la tuberculose pour expliquer les hémoptysies de notre malade.

Le plus souvent, dans les cas peu nombreux d'hémoptysies tuberculeuses qui ont été notés chez l'enfant, on a remarqué que ces hémoptysies se produisaient à la fin de l'évolution de la maladie, à la période des cavernes. Il ne peut s'agir d'un fait semblable chez notre enfant, puisqu'il n'y avait pas de cavernes.

On sait qu'au niveau de la granulation tuberculeuse, tandis que les vaisseaux capillaires du poumon, affectés d'endo-capillarite, s'oblitèrent, il se produit, au contraire, une dilatation et une néoformation vasculaire dans le domaine des artères bronchiques. En outre, autour des petites granulations, même des granulations microscopiques, il se fait généralement une congestion pulmonaire plus ou moins intense, se traduisant par une dilatation des vaisseaux capillaires.

Or, on s'en souvient, nous avons noté de la congestion des sommets chez notre malade, surtout marquée à gauche, congestion donnant pendant la vie des signes stéthoscopiques très nets. Il est vrai qu'à ce niveau nous n'avons pu, à l'*œil nu*, trouver de lésions tuberculeuses. Mais n'est il pas permis de supposer que les granulations étaient encore trop petites pour être visibles et qu'elles ont pu amener la congestion notée que, il faut bien le dire, on n'a pas l'habitude, en dehors de la tuberculose, de rencontrer ainsi localisée au sommet, et cela surtout chez les enfants.

Donc, si l'on veut admettre qu'il s'agissait pour ces deux sommets de lésions congestives tuberculeuses, au début, on expliquera l'hémorrhagie de la même façon que celle qui peut se produire chez l'adulte dans le début de toute tuberculose pulmonaire.

Mais il est une autre explication à laquelle on pourrait également se rattacher et que nous voulons aussi discuter en terminant.

On se souvient qu'en pratiquant l'autopsie, nous avons trouvé tous les ganglions bronchiques hypertrophiés, tuberculeux à des degrés divers, et que si nous n'en avons pas noté qui avaient contracté des adhérences avec les organes voisins, tels que les vaisseaux, il y en avait certains accolés assez intimement avec les vaisseaux et les tissus avoisinants. Certes, nous n'avons trouvé aucune lésion, aucune perforation vasculaire ; mais, enfin, on pourra, à juste titre, nous objecter qu'une de ces lésions a bien pu nous passer inaperçue et qu'il est admissible qu'un de ces ganglions ait pu éroder, ulcérer un vaisseau et donner ainsi lieu à l'hémorrhagie foudroyante.

Le fait peut être discuté, puisqu'il existe dans la science des cas analogues. Cependant nous croyons que l'on ne peut expliquer ainsi les hémoptysies de notre malade. Quand un ganglion bronchique se développe, se caséifie au point d'arriver à former une caverne se vidant dans les bronches ou dans un vaisseau, bronches et vaisseaux usés, ulcérés par un processus inflammatoire préalable, il n'y a, en général, qu'une seule hémorrhagie, énorme, considérable, foudroyante, et l'on ne voit pas comme chez notre enfant quatre hémorrhagies successives et assez espacées. En outre, pour qu'un ganglion arrive à produire de tels désordres, il faut longtemps, et alors il prend des proportions telles que, dans ces conditions, la cause anatomique passe difficilement inaperçue à une autopsie aussi minutieuse que l'a été la nôtre.

Nous croyons donc plutôt, sans être, toutefois, absolument affirmatif, que c'est au processus congestif des sommets, vraisemblablement tuberculeux, qu'il faut rattacher l'hémoptysie de notre enfant. Un vaisseau relativement petit a pu s'ouvrir, et si la mort est survenue c'est que le malade a eu plusieurs hémorrhagies, abondantes chacune, qui, par leur répétition, l'ont absolument saigné à blanc. Nous n'avons pas trouvé le vaisseau ouvert, c'est vrai ; mais cela n'a rien de surprenant, quand on voit, dans les observations publiées avant nous, les auteurs ne pas découvrir le vaisseau coupable alors qu'ils trouvaient un foyer d'apoplexie pulmonaire très net, une caverne, etc... où les recherches étaient bien plus faciles par leur localisation.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. Landouzy préconise l'intervention chirurgicale hâtive comme traitement du cancer de l'estomac.

— MM. Reclus et Tillaux continuent la discussion sur le traitement de l'appendicite.

Société de Biologie. — MM. Charrin et Levaditi : La portion supérieure de l'intestin contient une quantité d'eau beaucoup plus considérable que la portion inférieure.

Société d'Obstétrique — M. Pinard : Les amputations du col (Schrœder) ne favorisent pas la conception, prédisposent à l'avortement, et peuvent constituer des causes de dystocie.

— La discussion revient sur l'appendicite — toujours — M. Quénu est d'avis que les médecins devraient s'attacher à trouver des signes certains d'appendicite.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Mars 1899

Présidence de M. le docteur Carlier, *président.*

Emphysème sous-cutané du cou par ulcère perforant du larynx

M. Raviart, interne des hôpitaux, présente le larynx d'un tuberculeux mort dans le service du professeur Combemale.

« Un jeune homme de 22 ans, entré pour tuberculose pulmonaire, présente bientôt des ulcérations » tuberculeuses de la langue ; une aphonie presque » complète fait soupçonner de la tuberculose laryngée. » Quelques jours avant sa mort on trouve, à la visite, » le malade asphyxiant, la face boursouflée, le cou, » la nuque même fortement œdématiés. Il nous apprend » qu'à la suite d'une quinte de toux il avait éprouvé » une vive douleur dans la région sus-hyoïdienne ; » dans les heures suivantes, s'était constitué rapidement l'emphysème, occasionné par l'infiltration de » l'air dans le tissu sous-cutané.

» M. Combemale porte alors le diagnostic d'ulcération » tuberculeuse avec perforation de la paroi du larynx, » avec réserves sur la possibilité de l'ouverture d'une » caverne pulmonaire dans le tissu cellulaire voisin, » qui aurait produit les mêmes résultats.

» Deux jours après les symptômes s'amendèrent, et » il ne reste bientôt plus qu'un léger empâtement de » la région hyoïdienne.

» Le malade meurt alors. A l'autopsie on trouva » des poumons complètement infiltrés de granulations » tuberculeuses, au sommet de grosses cavernes ; » aucune d'elles ne s'était abouchée avec le tissu cellulaire. Au cou, la trachée était semée de tubercules » ayant érodé la muqueuse sans perforation toutefois, » mais dans la région sus-hyoïdienne, on trouve une » collection purulente franchement tuberculeuse, qui » avait complètement envahi et détruit le tissu cellulaire environnant ; de plus, cette région présentait » de la chondrite et de la périchondrite très nette, laissant voir la membrane thyroïdienne perforée. Le

» larynx incisé en arrière permet de voir des lésions de » phtisie laryngée, et une perforation siégeant à la » région antérieure dans l'angle aigu formé par les » deux cordes vocales supérieures. Sur ce point, » ulcéré d'abord, la membrane laryngée s'est déchirée » et l'œdème sous-cutané s'est produit. »

M. Charmeil demande si l'on a pu observer la formation de l'emphysème et déceler par l'auscultation du larynx le siège de la rupture

M. Raviart. — La lésion était constituée, et l'œdème avait déjà envahi toute la nuque, lorsqu'on a pu examiner le malade.

M. Gaudier trouve que cette phtisie laryngée a évolué un peu irrégulièrement, ne se localisant pas aux points d'élection et qu'en tout cas c'est une lésion toujours grave, nécessitant, soit le tubage, soit la trachéotomie. L'intérêt de la communication est très grand.

Un cas de prostate cancéreuse

M. Carlier rapporte l'observation d'un homme mort dans son service, porteur d'un cancer de la prostate. « L'examen de cette prostate est intéressant ; » en effet, elle est volumineuse, présente un lobe » médian très développé, même en avant de l'urèthre, » ce qui est une anomalie ; les anatomistes n'admettent » l'existence que d'une faible portion de tissu prosta- » tique en avant de l'urèthre ; sur la pièce, au con- » traire on voit le verumontanum situé profondément » dans la prostate. L'examen anatomo-pathologique a » été fait par le professeur Curtis, qui a constaté dans » le lobe médian un adéno-fibrome ; dans le lobe » postérieur, par contre, il décela de l'épithélioma.

» Il est parfois difficile de porter le diagnostic de » cancer de la prostate. Toutefois, dans dix cas, j'ai » trouvé presque constamment un symptôme que je » crois très important. Tous les malades porteurs » d'une prostate cancéreuse présentent, à un moment » donné, de la névrite sciatique. Sur cinq des dix cas » que j'ai observés, trois sont vraiment typiques. Le » premier cas est celui d'un vieillard qui fit plusieurs » poussées de sciatique que rien ne pouvait enrayer. Il » présentait en même temps quelques troubles du » côté de la miction ; le toucher rectal me permit de » poser le diagnostic de cancer de la prostate, auquel » on n'avait jamais songé. Le second malade présentait » des hématuries et souffrait dans le genou et dans la » jambe gauche, au niveau des branches terminales » du sciatique. Le troisième malade, celui dont je vous » présente la prostate aujourd'hui, présentait des » symptômes douloureux dans le nerf crural, occa- » sionnés probablement par la compression des filets » nerveux.

» Mais jusqu'à ce jour la thérapeutique chirur- » gicale ne peut soulager ces malades et on en est » réduit à laisser évoluer librement le cancer. »

Deux cas de hernie inguinale de la vessie.

M. Lambret résume d'abord deux observations de hernie inguinale de la vessie découvertes au cours d'opérations pour cure radicale de hernies. Dans les deux cas la vessie a été blessée par un coup de ciseau, puis suturée ; la guérison a été rapide et complète.

A ce propos, M. Lambret rappelle qu'il arrive encore assez souvent de rencontrer ainsi des hernies vésicales, mais que c'est toujours là une découverte opératoire, la clinique ne pouvant pas prévoir leur existence. On s'explique toutefois assez mal la présence de la vessie dans le sac herniaire, car régulièrement la vessie rentre dans le petit bassin après la miction. On comprend mieux que de telles hernies puissent se reproduire chez les prostatiques, les rétrécis, les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. De plus, souvent une hernie vésicale est consécutive à une tumeur se développant dans le petit bassin. Il faut dire aussi que toute opération attirant le péritoine vers l'anneau inguinal peut servir de cause adjuvante et on a incriminé en outre, comme cause déterminante, un lipôme préhernieux, mais c'est là une opinion exagérée.

La pathogénie des cystocèles secondaires est encore moins bien connue.

M. Lambret explique la pathogénie des cystocèles à glissements par suite de l'adhérence plus ou moins intime du péritoine vésical à la couche musculeuse de la vessie, car alors s'il se forme une hernie, elle pourra fort bien se compliquer de cystocèle. Quant aux causes pathologiques amenant des cystocèles adhérentes et des cystocèles non adhérentes, elles peuvent être soit vésicales, soit extra-vésicales, en tout cas, elles sont peu connues encore.

M. Wertheimer demande incidemment si M. Lambret est toujours parvenu à séparer facilement le péritoine de la vessie sans jamais léser la couche musculaire de la vessie.

M. Lambret répond que la chose est parfois difficile à réaliser, mais qu'on y parvient cependant.

M. Potel. — Les hernies de la vessie ne sont pas

extrêmement rares, puisque M. le professeur DUBAR en a rencontré trois cas en deux ans. Généralement, ces hernies constituent des surprises opératoires. Cependant, au point de vue clinique, deux particularités peuvent mettre sur la voie du diagnostic. D'abord les cystocèles n'ont pas de tendance à descendre le canal inguinal, elles restent globuleuses, au-dessus de la symphyse. Ensuite il existe souvent des troubles très intermittents de la miction.

M. Carlier prend la parole pour appuyer l'opinion de M. POTEL et croit qu'il ne faut pas rattacher la pathogénie des cystocèles à des troubles de la miction ou à des accouchements nombreux, mais plutôt à l'impossibilité pour la vessie de se loger dans le petit bassin en arrière des pubis.

M. Lambret rappelle qu'il a rangé parmi les causes adjuvantes de la hernie de la vessie tout ce qui provoque de la dilatation de la vessie et que par suite il ne diffère que peu de l'opinion de M. CARLIER.

Double sympathicectomie pour goitre exophtalmique.

M. Gaudier rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans, opérée par lui pour un goître exophtalmique bien prononcé, un goître volumineux, bi-latéral, du tremblement, de la tachycardie (145 pulsations par minute), du nervosisme, une diarrhée abondante, des sueurs considérables, de la dysphagie très prononcée.

« L'opération s'est passée normalement, malgré » l'état cachectique de la jeune fille. Immédiatement » après la section des sympathiques le pouls est » tombé à 70 pulsations, l'exophtalmie cessa brusque» ment.

» Le lendemain de l'opération le pouls remonte à » 120 pulsations pour redescendre peu à peu à 80. » De même le goître s'est résorbé peu à peu. Le » tremblement n'existe plus, la polyphagie a beaucoup » diminué. Depuis, le résultat s'est maintenu et l'état » général de la malade devient normal. »

Cette brève communication n'a d'autre but que de prendre date.

Sur un cas de rhumatisme infectieux.

M. Deléarde résume l'histoire clinique d'un individu mort de rhumatisme infectieux. Cet individu, outre des douleurs articulaires intenses, de la fièvre, présentait sur tout le corps un érythème très prononcé, remplacé le lendemain par des plaques de purpura de coloration plus foncée et par de vastes ecchymoses. L'autopsie montra l'existence de liquide purulent dans le péricarde et dans toutes les articulations ; les cultures sur gélose permirent de déceler le streptocoque.

M. Charmeil croit qu'il faut réunir toutes ces manifestations diverses du streptocoque, au lieu de différencier ici le rhumatisme infectieux de l'érythème polymorphe grave.

M. **Combemale** est également persuadé que lésions articulaires et lésions cutanées ne doivent pas être séparées, mais que la streptococcémie réunit tous ces symptômes. Il demande en outre à ce sujet dans quel ordre sont apparues les diverses manifestations cliniques.

M. **Deléarde** ne peut donner aucun renseignement précis sur ce point ; le malade est entré à l'hôpital, presque délirant et incapable de répondre, de plus les lésions articulaires existaient déjà, de même que les lésions cutanées.

VARIÉTÉS

La Médecine moderne donne la copie d'une ordonnance délivrée dans une clinique médicale d'un arrondissement excentrique de Paris.

Le malade, jeune et bien portant jusque là, avait été pris pendant les chaleurs du mois d'août de gastro-entérite aiguë sans gravité.

Voici l'ordonnance copiée textuellement :

Diagnostique (sic) : Engorgement rénal et hépatique avec léger bruit de galop à la pointe du cœur. Langue blanche recouverte d'écume (salive très albumineuse).

Traitement : alcalins et diurétiques *tel* (sic) que : Tisanes de chiendent et queues de cerises légèrement *nitrée* (sic). Tisane de séné, sureau et camomille, tous les trois jours un verre le matin. Eau de Vichy Hôpital ou Puy Chomel aux repas... — Docteur (*suit la signature*).

Cette ordonnance porte le numéro 94797. Plaignons ces 94797 consultants... s'ils ont existé.

NOUVELLES & INFORMATIONS

L'attention du ministre de la guerre a été appelée sur les conséquences que pourrait avoir, au point de vue de l'hygiène publique, l'utilisation éventuelle, pendant les manœuvres, des locaux scolaires pour le traitement des malades.

Une récente *circulaire ministérielle* porte qu'à l'avenir, hors le cas de force majeure, on devra, pendant les manœuvres, éviter d'installer dans les locaux dont il s'agit des dépôts de malades, des ambulances et toutes autres formations sanitaires.

Dans les cas exceptionnels où les circonstances auraient motivé une exception à ce principe, les mesure de désinfection reconnues urgentes devront être effectuées aussitôt après le départ des troupes. Il appartiendra, à cet effet, au médecin chef de la formation établie dans un local scolaire

de provoquer, en temps utile, l'entente nécessaire entre le commandant du cantonnement et la municipalité intéressée.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le lundi 6 mars ont eu lieu, à l'hôpital Saint-Sauveur, les épreuves du **concours pour l'internat en pharmacie**, devant un jury composé de :

MM. le docteur Thibaut, pharmacien en chef des hôpitaux ; Bourriez, pharmacien de 1re classe, licencié-ès-sciences ; Baratte, ex-interne des hôpitaux.

M. Warin, administrateur délégué, présidait.

Les deux questions suivantes sont sorties à l'écrit : *Soufre et ses composés hydrogénés* ; *Aloès*.

Sur les cinq candidats inscrits et présents au concours, seuls MM. Baudouin, Lamouroux et Lefebvre ont obtenu le nombre de points suffisant, et ont été proposés à l'Administration des hospices pour remplir les fonctions d'internes provisoires dans les hospices et hôpitaux de Lille.

— M. le docteur Briche a été nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meurthe-et-Moselle). Nos félicitations vont à cet ancien élève de notre Faculté de Médecine.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Bordeaux. — M. le docteur Denucé, agrégé libre, est rappelé à l'exercice jusqu'à la fin de la présente année scolaire.

M. le docteur Rocaz est nommé chef de clinique infantile.

Toulouse. — M. le docteur Cestan, agrégé, est nommé, pour un an, chef des travaux de médecine opératoire.

Grenoble. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1899, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1899, devant l'École supérieure de Pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de physique à l'École de médecine de Nantes.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier : le docteur Fossard, médecin de 1re classe de la marine.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Lecourt, de Canteleu (Seine-Inférieure) ; Trèche, de Senones (Vosges) ; Fonteneau, de Clefs (Maine-et-Loire) ; Bernard, de Lion-d'Angers (Maine-et-Loire) ; Phelippeau, de Lussac (Gironde) ; Dugat-Estubler, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Barbaroux, de Colmars (Basses-Alpes) ; Brun, de Toulouse (Haute-Garonne) ; Faugens, de Beaugency (Loiret).

Pluymers, assistant à l'Université de Liège.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

9e semaine, du 26 Février au 4 Mars 1899

Age des personnes décédées à Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	2
3 mois à un an	3	4
1 an à 2 ans	6	4
2 à 5 ans	4	6
5 à 10 ans	3	1
10 à 20 ans	3	4
20 à 40 ans	9	6
40 à 60 ans	11	9
60 à 80 ans	15	12
80 ans et au-dessus	1	1
Total	59	49

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	»	2	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	9	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	1	»	»	1	»	»	1	»	»	10	16	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	»	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	7	14	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	1	»	»	2	3	2	3	»	»	3	1	»	»	»	»	7	23	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	9	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	1	»	»	»	3	»	1	»	»	»	7	15	13
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	2	3
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	2	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	10	24
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	5
Total	»	»	»	1	4	4	»	8	6	10	6	»	»	19	1	1	1	»	»	47	108	137

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 114. Troisième Année, N° 12. Le Numéro : **10** centimes. 19 Mars 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Maladie de Woillez et tuberculose pulmonaire

par le Dr **G. Carrière**

Agrégé des Facultés de Médecine, Chef du Laboratoire des Cliniques à la Faculté de Lille

Dans mon travail sur la maladie de WOILLEZ (1), couronné en 1897 par l'Académie de Médecine, j'ai étudié les rapports de la maladie que je décrivais avec une tuberculisation pulmonaire ultérieure.

BOURGEOIS (2), dans sa thèse, en avait rapporté des exemples, mais non probants à mon avis.

« Il est certain, disais-je, que nombre de phtisiques » ont dans leurs anamnestiques la notion d'une con- » gestion pulmonaire antérieure ; tous, ou presque » tous, ont eu une ou plusieurs fluxions de poitrine, » sang glacé, etc...

» Mais quel est le rapport qui relie les deux affec- » tions ? S'agit-il d'une tuberculose latente avec » manifestation congestive actuelle ? Ou bien la con- » gestion prépare-t-elle le terrain où pullulera ulté- » rieurement le bacille de KOCH ?

» Le problème est difficile à résoudre dans les » services hospitaliers, où l'on perd rapidement les » malades de vue. Ce que nous pouvons dire c'est que » nos malades n'avaient aucun signe de tuberculose, » c'est que leurs crachats ne contenaient jamais de » bacilles de KOCH.

» Nous n'avons revu que deux de nos malades, l'un » deux ans après la congestion, l'autre trois ans et demi » après : ni l'un, ni l'autre, n'étaient tuberculeux. »

Il ressort donc de tout ceci, qu'en 1897 je pensais alors que la congestion pulmonaire (type WOILLEZ) ne prédisposait point à la tuberculose.

Je dois à la vérité de revenir sur cette assertion qu'un fait nouveau me fait considérer comme fausse.

C'est ce fait nouveau que je désire rapporter ici :

OBSERVATION. — Simon N..., 23 ans, manœuvre, est entré dans le service du Pr PITRES, à Bordeaux, le 5 décembre 1894. La veille il est tombé de deux mètres de haut et son côté droit a porté sur un bastingage.

Le soir même, six heures après cet accident, N... a éprouvé de violents frissons, un point de côté sous-mammaire droit et a rejeté quelques crachats sanguinolents.

Le 7 décembre, l'état général est sérieusement atteint : T. 40°2, P. 124, R. 44.

Dyspnée marquée ; toux fréquente, sèche et quinteuse. Point de côté intense localisé exactement dans le quatrième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure. Les crachats, visqueux, striés de sang,

(1) CARRIÈRE. — Maladie de WOILLEZ. *Revue de Médecine*, 1898-1899.
(2) BOURGEOIS. — Thèse de Paris, 1872.

renferment de nombreux diplocoques encapsulés, colorés par le Gram. Pas un seul bacille de Koch.

La respiration revêt le type costal supérieur.

Rien à signaler à gauche, schéma de suppléance V + S + R +.

A droite on retrouve le même schéma de suppléance en avant et dans la fosse sus-épineuse ; il en est de même à la base du poumon. Dans la fosse sous-épineuse la submatité est prononcée, les vibrations normales. On y entend un souffle doux voilé et lointain avec quelques râles crépitants. Bronchophonie légère dans cette zone. Le foie est augmenté de volume, la matité hépatique a 16 c. sur la ligne mamelonnaire.

Examen des urines : Q. 850 c. ; urée 40 gr. ; acide urique 0 gr. 25 ; chlorures 6 gr. 25 ; phosphates 2 gr. 10 ; albumine non rétractile ; sucre néant ; épreuve de la glycosurie alimentaire ; pigments biliaires normaux en grande quantité.

Examen du sang : G. R., 5.432.000 ; G. B., 20.644.

Rien aux autres organes.

Le 8 décembre, état stationnaire.

Le 9, T. 37°8 ; P. 70 ; R. 30. Amélioration très notable. La toux persiste, mais bien moins fréquente ; le point de côté et la dyspnée ont disparu. Les crachats présentent les mêmes caractères et renferment les mêmes microbes. Les signes stéthoscopiques sont à peu près les mêmes ; cependant le souffle a disparu et l'on n'entend plus que des râles sous-crépitants disséminés au siège de la submatité. Bronchophonie légère.

La matité hépatique a diminué. H : 0m11.

Examen du sang : G. R., 5.824.000 ; G. B., 18.480 cellules éosinophiles.

Examen des urines : Q., 2 litres 050 ; urée 35 gr. ; acide urique 1 gr. 20 ; chlorures 15 gr. 50 : phosphate 10 gr. 75 ; albumine néant ; sucre néant ; pigments biliaires en petite quantité.

Le malade se sent mieux.

Le 10 décembre, la guérison est à peu près complète, on entend encore des râles sous-crépitants disséminés et la submatité persiste.

Elle persiste encore le 18 décembre, treize jours après le début de la maladie, mais à cette date tous les autres signes stéthoscopiques et fonctionnels ont disparu.

Le 19 décembre, exeat.

Examen du sang : G. R., 6.524.000 ; G. B., 9.927.

Le malade n'a plus rien. L'examen des poumons est absolument négatif.

Le 8 décembre, troisième jour de la maladie, je pratiquai une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz au siège de la submatité et du souffle. J'en retirai environ 1/4 de cent. d'un liquide sanguinolent très visqueux.

a) Examiné sur lamelles colorées par le Gram, ce liquide renferme quelques diplocoques encapsulés qui ont pris le Gram.

b) Ensemencé sur gélose et bouillon, il donne des cultures pures de pneumocoques de Talamon-Frænkel.

c) Inoculé à un lapin de 1.380 gr., la presque totalité du liquide, n'a point déterminé la mort. L'animal a cependant eu de la fièvre (39°5), de la dyspnée et des symptômes généraux vagues (anorexie, diarrhée) ; tout ceci a duré 48 heures, puis tout est rentré dans l'ordre.

Voilà l'observation du malade telle qu'elle a été consignée dans mon mémoire en février 1897.

Il est bien évident qu'il ne s'est agi ici que d'une congestion pulmonaire idiopathique (type Woillez). Le début, les symptômes, l'évolution de la maladie, tout le prouve ; et il ne me semble pas nécessaire d'insister ici sur le diagnostic qui s'impose à la lecture de l'observation.

Ce qu'il faut surtout bien noter c'est qu'à cette date (décembre 1894), notre malade ne présentait aucun signe de tuberculose pulmonaire, puisque l'examen bacilloscopique resta négatif avant comme après la maladie qui l'amena dans notre service. Et du reste, comme nous allons le voir, de décembre à juin 1897, soit pendant deux ans et demi, ce malade a été très bien portant, se livrant aux occupations fatigantes de son métier sans en être éprouvé.

A cette époque apparaissent de nouveaux accidents.

Observation (suite) (1).

Le malade qui, jusqu'en juin, avait été très bien portant, se sent subitement pris de malaises indéfinissables. Il est fatigué au moindre effort, maigrit, perd l'appétit et les forces.

En juillet il commence à tousser.

Vers le 15 il a une hémoptysie de moyenne abondance. La fièvre s'allume et il entre de nouveau dans le service de mon maître le professeur Pitres.

Voici quel était l'état de cet homme au 18 juillet :

L'amaigrissement est des plus appréciables, le faciès est celui d'un phtisique éréthique.

La fièvre est vespérale, température 37,8° le matin, 39,4° le soir. Le pouls est rapide, précipité et dicrote.

Le malade est oppressé, respiration 45.

La toux est fréquente, sèche et quinteuse. L'expectoration est assez abondante, muco-purulente avec quelques filets de sang.

A l'examen du thorax on note ce qui suit :

A gauche rien à signaler, respiration supplémentaire à timbre puérile. A droite, dans la fosse sous-claviculaire S + V — R —

Au-dessous submatité à limite diffuse au niveau de laquelle les vibrations vocales sont exagérées et le murmure vésiculaire atténué, mêlé de craquements secs et humides. A ce niveau l'inspiration est rude, l'expiration prolongée et saccadée (rythme de Raciborwski).

En arrière rien à gauche. A droite dans la fosse sus-épineuse S + V — R —

Dans la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse et la base du poumon submatité légère à contours

(1) Cette observation a été recueillie par M. Rainguet, externe du service, que je remercie bien vivement.

diffus. A cet endroit les vibrations vocales sont exagérées ; l'inspiration brève, rude et soufflante, l'expiration prolongée, saccadée et couverte de craquements humides.

Les autres organes sont sains.

Les crachats renferment de nombreux bacilles de Koch.

En présence de ces symptômes on ne peut guère songer qu'à la tuberculose pulmonaire à la deuxième période. L'examen bacilloscopique des crachats confirme pleinement du reste ce diagnostic.

Notre sujet est donc tuberculeux ; or, sa tuberculose affecte une localisation rare (base du poumon droit), précisément dans la zone frappée, deux ans et demi auparavant, de congestion pulmonaire, type Woillez.

Cette observation vient donc à l'encontre de ce que je pensais et de ce que j'écrivais en février 1897, puisqu'elle établit d'une manière précise et indubitable le rôle exercé par la congestion pulmonaire de Woillez sur la localisation du processus tuberculeux.

L'observation est en effet des plus précises jusqu'ici, la localisation tuberculeuse s'est faite non point en son lieu d'élection, le sommet gauche, mais précisément dans la région frappée du poumon congestif.

C'est ce qui me fait penser aujourd'hui que la congestion pulmonaire type Woillez peut ultérieurement favoriser la localisation du processus tuberculeux.

Phlegmon profond sous-pectoral après vaccination, chez une enfant de huit mois. — Pyopneumothorax consécutif.

par le docteur **Masset**, d'Arras,
ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille

Le 9 juin de l'an dernier, je suis appelé à donner mes soins à la petite C..., âgée de huit mois, dont les parents habitent Saint-Nicolas-lez-Arras. La mère me dit que son enfant, toujours bien portante jusque-là, avait été vaccinée huit jours auparavant par une sage-femme, mais que le vaccin n'avait pas bien pris, qu'il s'était formé simplement de petits boutons rouges qui n'avaient pas suppuré. Depuis trois jours elle a remarqué que sa petite fille gardait son bras gauche, le bras vacciné, immobile et poussait des cris au moindre mouvement imprimé au membre pendant la toilette. Depuis la veille l'enfant tousse, a la peau chaude, de la diarrhée, refuse le sein et geint continuellement. Enfin, depuis le matin, des convulsions sont apparues, ce qui a effrayé beaucoup la mère et l'a engagée à me mander.

Aussitôt mon arrivée, je fais déshabiller l'enfant et suis immédiatement frappé par l'aspect anormal que présente la poitrine. Toute la paroi antérieure de l'aisselle gauche est soulevée par une tuméfaction qui empiète un peu sur le sternum et va en s'atténuant vers le creux axillaire qui paraît libre. La peau qui recouvre cette tumeur est d'un rouge érysipélateux, violacée par places, tendue et luisante. A la palpation, j'ai la sensation d'un énorme plastron induré qui se laisse difficilement déprimer par la pulpe du doigt. La saillie est surtout proéminente au niveau du creux sous-claviculaire et envahit un peu la base du cou. La cavité axillaire présente bien quelques petits ganglions indurés sur sa paroi interne, mais le phlegmon n'a pas diffusé jusque-là. Je puis faire exécuter facilement quelques petits mouvements à l'article scapulo-huméral, qui paraît intact. Le bras ne présente aucune rougeur lymphangitique et ne laisse apercevoir que la trace des petites papules vaccinales. La respiration est courte, accélérée, et je sens la paroi costale se soulever avec effort à chaque inspiration, blindée qu'elle est par le plastron inflammatoire. La percussion de la poitrine reste négative ; à l'auscultation, je constate quelques râles de bronchite disséminés des deux côtés, mais prédominants à gauche. Il n'y a pas d'adénopathie trachéo-bronchique appréciable par les moyens divers d'investigation. La figure porte l'empreinte d'un état général grave. Le pouls est faible et rapide.

L'ensemble de ces phénomènes locaux et généraux et la marche aiguë de l'affection me font penser immédiatement à un *adéno-phlegmon profond sous-pectoral*, ayant eu pour point de départ une des petites plaies vaccinales. Comme j'avais eu la sensation d'une fluctuation profonde, je ne veux pas m'arrêter à des demi-mesures et propose aux parents l'ouverture large et immédiate de la collection, qu'ils acceptent.

Après avoir désinfecté la région, je pratique un premier débridement au bistouri (l'emploi du fer rouge sans anesthésie, outre qu'il est moins rapide, a quelque chose de terrifiant, surtout à cet âge) parallèlement à la clavicule et à deux travers de doigt au-dessous de cet os. L'incision de la peau laisse écouler une petite quantité de liquide louche, œdémateux et met à nu l'aponévrose superficielle du grand pectoral qui a perdu sa teinte brillante et nacrée et se montre terne et verdâtre. Dans un de ces derniers points, je reconnais un orifice, petit, irrégulier, qui livre facilement passage à la sonde cannelée et donne accès dans une cavité située manifestement derrière les deux muscles pectoraux. Je fais basculer aisément ma sonde par dessous ces muscles décollés et avec le bec d'une seconde sonde, aidé de quelques petits coups de bistouri, je dissocie facilement les fibres des grand et petit pectoraux, rendues très friables par l'inflammation. Aussitôt s'écoule une notable quantité de pus séreux, mal lié et floconneux ; mon index promené dans la cavité de l'abcès ne perçoit nulle part aucune dénudation, tant du côté des côtes et de la clavicule que du côté de l'humérus, mais je puis sentir nettement les battements de l'artère axillaire dans l'angle externe de la plaie. Sous l'influence de cette exploration, sortent quelques lambeaux de tissu cellulaire mortifiés ; ainsi que l'examen de la petite

malade me l'avait fait prévoir, il n'y a pas de fusée purulente du côté de l'aisselle proprement dite, mais par en bas, le décollement se prolonge jusqu'au niveau du bord inférieur du grand pectoral. Je pratique une contre-ouverture à ce niveau et place un drain en anse, après avoir fait un lavage soigné de la poche à la liqueur de Van Swieten.

Pansement à la gaze iodoformée et ouaté compressif. Bandage qui immobilise le bras gauche en le rapprochant du thorax.

Les suites immédiates de l'intervention furent très bonnes. Les convulsions ne se reproduisirent plus et, dès le soir, l'enfant reprenait le sein.

Le lendemain, je renouvelai le pansement qui était souillé et pratiquai un badigeonnage de tous les recoins de la cavité avec le naphtol camphré. Les jours qui suivirent, la peau qui formait les lèvres de mes incisions prit un aspect livide de sphacèle et finit par s'éliminer vers le dixième jour, laissant de larges pertes de substance. Je supprimai alors complètement le drain et comme la suppuration ne semblait pas vouloir se tarir, je remplaçai les lavages au sublimé par des irrigations au permanganate.

L'état général de l'enfant qui s'était relevé momentanément, durant les jours qui avaient suivi ma petite opération, ne me semblait plus aussi bon. Malgré les phosphates et l'alcool administrés tous les jours sous différentes formes, la petite fille prenait un aspect cachectique qui commençait à me faire craindre pour sa vie. Je fis alors des lavages journaliers au permanganate (solution à 1 p. 1000), tout en continuant la compression. Sous leur influence, les parois de la poche ne tardèrent pas à se couvrir de bourgeons charnus bien vivaces, mais il restait toujours, en certains endroits, de petites portions blanchâtres, concrètes et adhérentes.

Le 26 juin, en levant le pansement, je perçus un sifflement, qui me sembla venir nettement de l'intérieur de la poitrine. Je pensai aussitôt à un pneumothorax secondaire à un pneumothorax partiel, car il avait dû se former des adhérences protectrices, et d'autre part la dyspnée ne s'était guère exagérée. Cependant il n'y avait pas d'emphysème sous-cutané dans le voisinage de la plaie ; il n'y avait pas non plus de dilatation appréciable à la vue, et la paroi ne présentait ni œdème, ni circulation complémentaire. La perforation, s'il y avait eu perforation, ne pouvait avoir une origine traumatique, car les lavages avaient toujours été pratiqués avec douceur ; elle ne pouvait être due qu'à l'élimination d'une de ces parties sphacélées, blanchâtres et adhérentes dont je parlais plus haut. L'examen attentif de la poitrine me révéla qu'il s'était formé insidieusement un épanchement du côté gauche. A la percussion, je constatai en effet dans la région axillaire et dans la région postérieure de l'hémithorax gauche, une matité hydrique avec pertes d'élasticité jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate, matité surmontée d'une étroite bande de sonorité exagérée. A l'auscultation, il y avait du gargouillement et un souffle à l'expiration en bas, qui occupait les deux temps et prenait un timbre amphorique à la limite de la zone mate. Je ne pus obtenir le bruit de succussion hippocratique. La présence d'un pyopneumothorax m'apparaissait évidente et s'il ne s'était pas propagé en avant cela tenait sans doute à ce qu'il avait été arrêté par les adhérences qui s'étaient très vraisemblablement produites à ce niveau. Je pratiquai le jour même une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz stérilisée et retirai un liquide séro-purulent, sanguinolent. Le poumon ne devait donc pas être bien loin et il devait s'agir d'un épanchement en lame.

Aussi, je ne jugeai pas à propos de faire une ponction évacuatrice ; d'autre part, une pleurotomie exécutée dans les conditions où se trouvait la petite fille me semblait devoir écourter plutôt ses jours. Bien m'en prit, car le lendemain 27, la mort survenait, sans avoir été précédée d'aucun symptôme bruyant et par le fait seul de la résorption purulente et de la cachexie que celle-ci avait entraînée.

Cette observation offre plusieurs particularités qui nous ont paru dignes d'être relevées.

D'abord, au point de vue de l'étiologie, il n'est pas douteux pour nous que la vaccination ait servi de porte d'entrée aux microbes pyogènes. Nous avons exploré en effet les divers départements lymphatiques tributaires des ganglions axillaires, dos, nuque, peau du thorax, membre supérieur, et n'avons pas trouvé la moindre écorchure, la moindre égratignure. Nous n'avons pas constaté, il est vrai, de traînée lymphangitique sur les confins de la région vaccinée, mais la lymphangite n'est pas, on le sait, un intermédiaire obligé entre la légion première et l'adénite qu'elle provoque et les adénites sans lymphangite sont d'observation journalière en clinique.

La virulence de l'agent infectieux paraît avoir été extrême dans ce cas. La marche des accidents a été en effet rapide, presque foudroyante ; d'autre part les microbes ont pu traverser les ganglions de l'aisselle proprement dits sans y laisser à peine la trace de leur passage et aller infecter, sans avoir suscité plus de défense, les ganglions sous-claviculaires et même quelqu'un de ceux qui siègent au-dessus de la clavicule.

Il peut sembler étonnant à celui qui n'est pas averti, que l'aisselle puisse rester indemne dans le cas de phlegmon profond sous-pectoral, puisque le tissu cellulaire lâche et lamelleux qui double la face profonde du petit pectoral et de l'aponévrose coraco-claviculaire communique avec celui qui comble le creux axillaire. Mais c'est justement là un des bons caractères des phlegmons profonds sous-pectoraux primitifs (Tillaux). Il pourrait même servir, ce nous

semble, à les distinguer des adéno-phlegmons développés primitivement dans l'aisselle proprement dite et qui peuvent aussi envahir la paroi antérieure du thorax en formant une énorme collection purulente derrière les muscles pectoraux.

Le phlegmon profond sous-pectoral n'a aucune tendance, dit TILLAUX, à se porter vers la peau, en raison de l'épaisseur des couches qui le recouvrent. Si un traitement énergique n'intervient en temps opportun, le pus peut traverser les espaces intercostaux et se répandre dans la plèvre. Dans notre cas cependant, la sérosité purulente s'était créé un pertuis à travers les muscles et tendait à former ainsi un abcès en bouton de chemise. Cela pourrait s'expliquer, croyons-nous, par la moindre épaisseur des muscles pectoraux chez l'enfant, surtout chez une enfant de huit mois comme le nôtre.

Quant à l'irruption du pus dans la cavité pleurale, elle ne serait pas aussi fréquente (KIRMISSON) que semble le faire entendre TILLAUX. On sait que c'est à un accident de ce genre qu'a été attribuée la mort de J. L. PETIT, le fils. D'autres faits analogues ont été publiés (*Grand Traité de chirurgie*, t. VIII) ; en 1878, encore, un auteur anglais, CATON, rapportait le fait d'une petite fille de huit ans chez laquelle un abcès de l'aisselle se serait ouvert dans le poumon. Mais, quand on examine ces faits, dit KIRMISSON, on voit qu'ils sont loin d'être aussi démonstratifs que le prétendent leurs auteurs. Il arrive en effet que des pleurésies purulentes viennent s'ouvrir sur la paroi antérieure de l'aisselle et puissent en imposer pour des abcès ayant suivi une marche inverse. On sait que des adhérences se formant entre les deux feuillets des séreuses les protègent en général contre l'invasion des abcès situés dans leur voisinage. Toutefois, dit encore KIRMISSON, il est un autre mécanisme par lequel les abcès de l'aisselle peuvent retentir sur la plèvre, c'est la propagation de l'inflammation par la voie lymphatique. L'auteur a vu deux fois se développer une pleurésie par ce mécanisme chez des malades atteints de suppuration axillaire. VELPEAU, RICHET, DELBEAU ont rapporté des faits semblables.

Chez notre petite malade, la pleurésie purulente ne fut certainement pas le premier phénomène morbide ; le jour de l'intervention, comme ceux qui suivirent, il n'y avait que de la bronchite et ce n'est que le 26 juin, dix-sept jours après l'ouverture du phlegmon sous-pectoral, que je constatais un sifflement et les signes d'un pyopneumothorax enkysté.

La production de cet épanchement ne pouvait remonter à plus de trois ou quatre jours, car j'examinais soigneusement l'enfant à peu près à tous ces intervalles, et la matité, comme le souffle, n'aurait pu m'échapper. La perforation de la plèvre pariétale ne peut pas davantage être attribuée à l'empyème, qui demande beaucoup plus de temps pour se créer une voie à travers un espace intercostal. Le pneumothorax, comme l'empyème, nous paraît donc avoir été ici la conséquence directe du phlegmon profond sous-pectoral.

Outre la gravité qui s'attache à leur retentissement possible sur la plèvre, que ce soit par ouverture directe ou par transmission lymphatique, les phlegmons sous-pectoraux présentent encore un autre caractère qui aggrave leur pronostic ; ils ressemblent en effet, par leur origine et par leur peu de tendance à guérir spontanément, aux abcès ischio-rectaux et sont souvent cause de fistules et de suppuration interminables. Il nous a semblé que l'emploi de la solution au permanganate en lavages, avait eu une influence favorable sur le bourgeonnement des parois de la cavité.

Quoi qu'il en soit, on comprend très bien que la persistance de cette suppuration, jointe à la complication d'un pyopneumothorax, même circonscrit, aient eu raison d'un sujet aussi frêle que peut l'être un enfant de huit mois.

FAITS CLINIQUES

Sur un cas d'alcoolisme aigu chez un nourrisson, ayant parfaitement simulé une méningite

Par le Docteur **E. Ausset**,
professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille.

Je viens d'observer un cas des plus curieux et qui me paraît digne d'être relaté en détail.

Le 23 janvier dernier, j'étais appelé en consultation par M. le docteur DERODE pour un nourrisson de deux mois qui, depuis quelques jours, avait de la fièvre, de l'accablement et de la diarrhée.

Après un examen détaillé du petit malade, je ne pensais le premier jour qu'à de simples troubles digestifs ou à la grippe à forme gastro-intestinale (une épidémie régnait à

ce moment). En effet, la température, oscillant aux environs de 39°, la somnolence et la diarrhée étaient les seuls signes qu'il m'était donné d'observer.

Mais très rapidement la scène changeait. En effet, à cet abattement succéda bientôt une excitation très vive, l'enfant restait peu d'instants sans pleurer, il ne pouvait rester dans son berceau, et jetait des cris plaintifs d'une façon à peu près continue. En même temps nous notions une raideur de la nuque qui, ultérieurement, ne fit que s'accentuer. La tête était complètement rejetée en arrière, et il était impossible de la ramener dans la rectitude, tant les muscles étaient contracturés. Le pouls était irrégulier, ralenti, on notait de temps à autre des intermittences. Au niveau de la fontanelle antérieure existait une tumeur molle, grosse comme une noix, animée de battements, et qu'on sentait nettement être constituée par le liquide céphalo-rachidien.

On le conçoit, l'idée d'une méningite s'imposait, malgré la rareté d'une telle affection à un âge si peu avancé.

Or, le 29 janvier, le père de l'enfant venait en toute hâte chez moi et me disait qu'un nouvel ennui surgissait. Le mari de la nourrice venait d'arriver annonçant la mort de de son enfant, et voulait emmener sa femme. Je me rendis auprès de la nourrice pour la dissuader de partir ; rien n'y fit et le lendemain elle quittait la maison.

Quelle ne fut pas la stupéfaction générale en apprenant d'une autre domestique, qui jusqu'alors l'avait caché, que cette nourrice buvait beaucoup et s'enivrait tous les soirs.

Nous renaissions tous à l'espoir, nous disant que les phénomènes observés chez le nourrisson étaient dus à l'alcoolisme de la nourrice.

Mais les symptômes méningés persistèrent. Bien mieux, la fièvre tomba, et en même temps le pouls devint encore plus ralenti (54) ; la respiration devint suspirieuse, et la religieuse garde-malade nous affirma avoir observé des rougeurs et des pâleurs alternatives et subites du visage.

L'enfant était toujours très agité, ne dormant presque pas, ou s'il ne criait pas étant plutôt dans une somnolence morbide que plongé dans un sommeil réparateur. La raideur de la nuque persistait toujours très intense. Il n'y avait rien du côté des membres.

D'autre part les vomissements se montrèrent et durèrent deux jours, la journée du 31 janvier et celle du 1er février. La diarrhée continuait. La tumeur, au niveau de la fontanelle antérieure, persistait.

J'avais dit, à la famille, que maintenant je croyais bien qu'on ne pouvait penser à autre chose qu'à une méningite et avais déjà fait entrevoir l'issue fatale probable.

Cependant le 7 février, l'état général semble meilleur, la raideur de la nuque est moins accentuée, la nuit a été un peu plus calme.

Je n'avais guère confiance en cette détente, que je ne croyais qu'apparente ; et cependant il fallut bien me rendre à l'évidence. Tous les jours l'amélioration s'accentua, tous les phénomènes méningés rétrocédèrent les uns après les autres et aujourd'hui l'enfant est totalement guéri. Je l'ai vu pour la dernière fois mercredi 22 février : il a repris bon aspect, commence à prendre du poids, n'a plus de diarrhée. Tout symptôme anormal a absolument disparu.

Eh bien, je le demande, était-il possible de penser à autre chose qu'à une méningite? Et d'abord nous avions en premier ignoré les excès de la nourrice, l'erreur était donc des plus faciles. Mais, une fois cette alcoolisme connu, que penser de cette exagération de liquide céphalo-rachidien ayant produit la tumeur signalée plus haut, de cette raideur de la nuque, de ces intermittences du pouls, de cette respiration suspirieuse, de ces vomissements? Le tableau de la méningite n'était-il pas au complet? Certes pendant longtemps nous avons éloigné cette idée à cause du début des accidents qui semblaient s'être produits presque brusquement et à cause de l'âge de l'enfant, insolite pour une méningite. Mais devant la persistance des phénomènes, surtout après le départ de la nourrice coupable, nous avions cru devoir nous arrêter au diagnostic de méningite.

L'évolution des faits a montré que nous avions eu tort; car je crois que personne ne discutera l'idée d'un méningite guérie; il serait puéril, à mon sens, d'y insister. On ne peut donc expliquer tout ce tableau clinique que par de l'intoxication alcoolique aiguë produite chez cet enfant par le lait de la nourrice ivrogne.

Le fait nous paraît des plus curieux, car si nous avons vu assez souvent de l'*excitation cérébrale* simple produite chez les nourrissons par des femmes alcooliques, nous n'avions jamais vu se manifester de véritables accidents simulant la méningite à s'y méprendre.

Phlébite prodromique d'un rhumatisme articulaire aigu

Par MM. les docteurs **Combemale** et **Hérin**

La phlébite, complication du rhumatisme articulaire aigu, est une rareté clinique, puisque dans un travail récent M. Garnier (1), après révision de tous les cas connus dans la science, en cite 28 seulement. Quant à la phlébite, précédant l'apparition d'un rhumatisme articulaire, nous pensons que les observations doivent en être moins nombreuses encore ; aussi rapportons-nous succinctement le cas suivant, que nous avons eu l'occasion d'observer :

(1) Garnier. — Note sur deux cas de phlébite au cours du rhumatisme articulaire aigu, *Progrès médical*, 1899, p. 183.

Thérèse Dem..., femme Fr..., âgée de ving-trois ans, entre le 13 octobre 1897, aux pavillons Olivier ; son médecin ordinaire a diagnostiqué une phlébite.

Fille de poitrinaires, ayant fait la fièvre typhoïde à six ans, de constitution délicate, elle porte aux jambes de grosses varices. Guérie d'une métrite avec ulcérations du col survenue un an après son mariage, elle voit ses règles de septembre cesser subitement vingt-quatre heures après leur début et de la douleur apparaître le lendemain dans son mollet et à la cheville droite, au niveau des paquets variqueux qui y abondent. Cette douleur éphémère réapparaît aux approches des règles d'octobre ; le mollet gauche est surtout douloureux, et la malade boite en marchant ; au quatrième jour tout mouvement est impossible ; c'est dans ces conditions qu'elle est transportée aux pavillons Olivier.

La température est de 37°5 ; les deux membres inférieurs sont fortement œdématiés, blancs, douloureux partout, comme s'il s'agissait d'une phlegmatia d'accouchée : on voit des paquets variqueux à la face interne des cuisses, des genoux, des mollets, des malléoles, on en sent dans chaque creux poplité ; et sur le trajet des saphènes internes, ainsi variqueuses au plus haut degré, la douleur, spontanée ou provoquée par l'examen, est fort considérable.

Les membres inférieurs enduits de vaseline sont enveloppés dans un très épais pansement ouaté ; le repos absolu est recommandé et obtenu, un purgatif est donné ; en quarante-huit heures la douleur diminue très notablement.

Le 16 octobre, la face interne de la cuisse droite et le genou étant seuls restés douloureux, une onction à la pommade mercurielle belladonée est ordonnée, et l'œdème rétrocède vite en même temps que la douleur restante s'efface. Mais le 19 au soir, la malade accuse une douleur intolérable dans le genou gauche : il est augmenté de volume, très chaud, rosé à la face interne, un épanchement manifeste y existe ; l'interne de garde, par une piqûre de morphine, a raison de la douleur. A la visite du lendemain 20 octobre, nous constatons la réalité de cette fluxion articulaire, nous découvrons même que la douleur qui en est la manifestation existe dans les lombes et au niveau de l'épaule droite ; la température axillaire atteint 38° ; les urines de ce jour, pas plus que celles des jours précédents, ne révèlent rien d'anormal ; rares, troubles, fortement acides, de densité 1015, elles sont peu uréiques, 15,4 par litre. La multiplicité des articulations fluxionnées, la fièvre légère, un peu de rougeur de la gorge nous font écarter tout diagnostic de pyohémie et croire fermement à un rhumatisme articulaire aigu au début. Un fort badigeon au salicylate de méthyle, l'enveloppement ouaté hermétique des jointures atteintes constituent le traitement.

Du 21 au 25 octobre successivement l'épaule gauche, le poignet, puis le coude gauche, les doigts de la même main sont pris, augmentant de volume, immobilisés par la douleur ; badigeonnées vigoureusement au salicylate de méthyle, enveloppées de ouate, ces articulations ne restaient pas longtemps douloureuses. Malgré la rapide sédation obtenue, l'usage du salicylate de méthyle fut continué une semaine environ après à dose massive ; dès le 3 novembre, la guérison de rhumatisme était certaine ; la malade, quoique très anémiée et affaiblie, voulut sortir le 6 novembre.

L'auscultation méthodique du cœur n'avait permis de rien percevoir durant tout le temps de la maladie ; quant à la phlébite, une fois le rhumatisme déclaré, l'œdème avait diminué encore et disparu tout à fait, les varices s'étaient affaissées.

Bien qu'aucun examen bactériologique n'ait été pratiqué, il est incontestable que le cas clinique dont nous venons de rapporter l'histoire est constitué par un rhumatisme articulaire aigu succédant immédiatement à une phlébite, la remplaçant même. La seule chose qui soit discutable est de savoir si l'un et l'autre sont de même nature, nous voulons dire symptomatiques d'un même agent infectieux, dans l'espèce le microbe de THIROLOIX-ACHALME ?

Notre impression clinique nous fait nettement incliner vers cette opinion, mais le contrôle bactériologique fait défaut pour l'affirmer.

Sans ouvrir une discussion sur les infections qui ont pu simuler le rhumatisme articulaire aigu, nous pouvons dire que les diagnostics de rhumatisme chronique à poussées aiguës, de rhumatisme gonococcique, de rhumatismes infectieux et toxiques en général doivent être être écartés, devant les caractères de mobilité qu'a affectés la maladie, même devant ce fait que c'était la première atteinte subie par la malade.

L'intérêt de l'observation, en tout état de cause, nous semble justifié.

Fracture de l'omoplate

par le docteur **Doizy**, de Flize (Ardennes),
Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire,
lauréat de la Faculté de médecine de Lille

La fracture de l'omoplate est peu fréquente : on en compte tout au plus 1 pour 100 fractures des différents os (GURLT : 425 fractures de l'omoplate sur 51.938 fractures). C'est donc presque une rareté pour le praticien, rareté qu'expliquent fort bien d'ailleurs la mobilité et la position de cet os qui le mettent parfaitement à l'abri des traumatismes extérieurs.

J'ai eu récemment l'occasion d'en observer une des plus nettes chez un homme de 55 ans, fort maigre et partant plus exposé que d'autres à avoir dans certains cas ses omoplates vulnérées. Cet homme, occupé aux

soins de sa cuisine, glisse des deux pieds et tombe sur le dos, le dos portant au niveau de l'omoplate sur le bord supérieur d'une de ces marmites en fonte, sans pied, d'un usage si commun dans nos campagnes.

Je diagnostique aisément une fracture complète du corps de l'omoplate gauche, fracture transversale située à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de la fosse sous-épineuse.

Grâce aux groupes musculaires (pourtant peu développés dans le cas présent) qui prennent leur insertion sur les deux fragments, il n'y a pas de déplacement ; cependant les éléments ne me manquent pas pour établir mon diagnostic :

Douleur spontanée, accrue par la pression directe, par les mouvements imprimés au bras gauche. Elévation du bras dans le plan horizontal très difficile. Crépitation très nette, quand, la main appliquée sur l'omoplate, on imprime au bras des mouvements de torsion Toux et éternuement très pénibles. Légère inclinaison de la tête vers l'épaule fracturée. Par contre, pas de déformation, pas d'ecchymose, même quelques jours après.

En somme les symptômes sont assez nets, plus nets même qu'ils ne doivent être, je suppose, dans la majorité des cas, et la maigreur de mon blessé rend encore mon diagnostic plus aisé, en me permettant de saisir difficilement, c'est vrai, l'angle inférieur de l'omoplate, et, partant, de m'assurer de sa mobilité anormale.

Mon traitement est des plus simples. Une écharpe double et un bandage immobilisant l'angle inférieur et la consolidation est obtenue au bout de 28 à 30 jours.

Quelques jours plus tard, grâce à quelques séances de massage, les mouvements du bras sont presque normaux et le blessé peut reprendre ses occupations habituelles, ne ressentant qu'une gêne légère.

Considérations sur les affections couenneuses des voies respiratoires

par le docteur **Vanhersecke**, de Zeggers-Cappel.

Depuis 1891, nous avons observé 178 cas d'affections pseudo-membraneuses des voies aériennes. L'aspect clinique des lésions en est bien connu, depuis les cas où l'affection est limitée aux parties supérieures des voies respiratoires, le plus fréquemment au pharynx, jusqu'aux cas ultimes où la fausse membrane présente une sorte de moulage intérieur, plus ou moins complet, de l'appareil pulmonaire.

Il est à remarquer que les micro organismes trouvés dans les fausses membranes ont été signalés à maintes reprises à l'état non pathogène dans les poussières atmosphériques et aussi dans les voies respiratoires supérieures.

On peut se demander dès lors dans quelles conditions et sous quelles influences se fait l'évolution de ces affections couenneuses.

En examinant la date d'apparition des divers cas — aucune saison n'en étant exempte — l'évolution de la maladie semblerait à première vue indépendante de la température extérieure. En réalité il n'en est rien.

Si l'on étudie de près la température d'imprégnation morbide, on constate qu'elle se fixe entre plus un degré et plus dix degrés centigrades, à la condition indispensable que l'état hygrométrique de l'air soit en même temps très élevé et très voisin de l'unité. Les brouillards froids du mois de novembre donnent une idée assez exacte de l'état atmosphérique le plus favorable à l'évolution. D'autre part, en étudiant attentivement un cas d'été, on ne tarde pas à reconnaître que le sujet atteint a séjourné soit la nuit dans un brouillard, soit artificiellement dans des locaux froids et humides pendant un temps que nous avons trouvé supérieur à une heure.

Dans tous les cas de notre examen nous avons trouvé ces données atmosphériques, mais si les conditions sont nécessaires elles ne sont pas par elles seules suffisantes pour provoquer l'évolution des affections couenneuses des voies respiratoires.

Quand plusieurs cas se sont produits, il est peut-être curieux de rechercher quels sont les sujets atteints. Bien que cette maladie soit de tous les âges, l'enfance présente le plus grand nombre de cas — 126 sujets de notre observation avaient moins de neuf ans. Deux faits spécialement ont frappé notre attention : l'alimentation et l'hérédité des sujets atteints.

Ce qui domine surtout dans l'alimentation des sujets atteints, c'est l'abus des hydrates de carbone : du sucre, des boissons fermentées, en un mot des alcools. Dans les cas graves, à évolution fatale, nous avons toujours trouvé une alimentation tout à fait défectueuse composée presque uniquement de produits sucrés et de boissons fermentées. Chose digne de remarque, ces cas correspondaient presque toujours à des associations microbiennes. L'organisme envahi apparaissait en quelque sorte dépourvu de résistance et nous comparerions volontiers le spectacle qui

s'offrait à nos yeux à une végétation rapide et luxuriante de champignons sur un terreau bien préparé.

Deux des adultes que nous avons vu mourir de ces affections couenneuses étaient des diabétiques. Dans 123 cas où nous avons pu constater directement l'hérédité, nous avons toujours à relater l'abus, par les parents, des boissons fermentées. Dans 45 de ces 123 cas à hérédité constatée, nous avons en outre trouvé, chez les parents, l'alcoolisme se traduisant soit par ses dérivés directs, tels la goutte, le rhumatisme, soit par des collatéraux, tels l'eczéma, la lithiase, la tuberculose, etc.

Si nous nous résumons, nous voyons dans les affections couenneuses des voies respiratoires à micro-organismes variés, l'évolution se faire dans des conditions thermiques et hygrométriques déterminées.

Les individus à hérédité toxique, intoxiqués eux-mêmes par des abus alcooliques (le mot alcool étant pris dans son sens le plus général), en constituent un des terrains d'évolution, le seul de notre observation. En outre, dans les cas les plus graves, nous trouvons parallèlement le terrain antérieurement le plus intoxiqué. Il semble donc que pour des causes diverses, sous des influences données, il se produit par là une simple sélection de l'être humain, et le remède infaillible de ces affections paraît devoir rester longtemps encore à l'état d'utopie.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. BUDIN. Le refroidissement est la cause de la mort de la plupart des enfants débiles.

Société de Biologie. — M. CARRIÈRE. La toxine tétanique introduite dans le tube digestif n'immunise pas et ne tue pas les animaux, même à une dose 10.000 fois mortelle.

Société médicale des Hôpitaux. — M. GALLIARD a observé un cas d'entorse sacro-iliaque.

Société de Dermatologie. — Discussion sur les relations cutanées avec la tuberculose viscérale.

VARIÉTÉS

Syndrome du Baptême.

Définition. — Le syndrome du baptême est constitué par des symptômes cérébraux absolument caractéristiques : le malade, — en général un médecin, — éprouve une impulsion irrésistible à découvrir une maladie ou une parcelle de maladie, et se hâte de la baptiser de son propre nom.

Etiologie. — Les causes de cette affection sont peu nombreuses, mais très actives. En premier lieu, on doit mentionner le désir immodéré que ressent le sujet de répandre sa renommée dans le monde scientifique. Lorsque le syndrome du baptême se manifeste dans toute son intensité, il est fort rare que la cause prédominante ne soit pas une boulimie pour les métaux monnayés. Il est évident qu'un individu, se croyant atteint de la maladie de SPITZBUBE, ne saura mieux faire, pour obtenir sa guérison, que de s'adresser à SPITZBUBE en personne ; — ce dont SPITZBUBE sera très flatté, et surtout s'empressera de récolter les bénéfices.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel a une importance capitale. Nous devons nous garder de déclarer atteint de ce syndrome tous ceux qui ont inventé un instrument, auquel le corps médical a imposé à juste titre leur nom ; il nous est fort agréable, sans remonter jusqu'au frère CÔME, de citer l'aspirateur de POTAIN, le thermocautère de PAQUELIN, l'aiguille de..., mais je ne veux pas faire de personnalités.

Parmi les savants modestes et consciencieux, il faut avant tout citer PASTEUR. S'il découvrit les microbes, s'il créa le terme de « microbe », il ne crut pas utile de leur donner son nom : se défiant même de ses connaissances en grec, il demanda conseil à LITTRÉ, et lui proposa « microbie » et « microbe ». LITTRÉ choisit le second, pour l'euphonie, et n'hésita pas à lui accorder son parainage philologique.

J'admets jusqu'à un certain point que les microbes, — en tant qu'êtres animés, — veuillent porter le nom de leur père. Et, quoique le coli, le streptocoque, le pyocyanique, etc., tiennent honnêtement leur place dans notre littérature, je ne blâme pas les bacilles qui se parent du nom d'EBERTH ou NICOLAÏER. Cependant je les engage à se modérer, à ne pas abuser des titres de noblesse : ils sont trop ! et s'ils continuent, nous nous y perdrons.

Je n'admets pas non plus qu'on puisse déclarer atteint de syndrome du baptême, celui qui décrit et dénomme une maladie à laquelle ses successeurs veulent attacher son nom. D'ailleurs, malgré un labeur assidu, on ne peut pas créer une maladie par jour, et le nombre de ces baptêmes sera toujours minime, si l'on se restreint aux entités morbides. Pourtant le goitre exophtalmique ne s'est pas borné à son nom de « goitre » ; il s'est affublé de celui de BASEDOW, puis y a ajouté celui de GRAVES, — ce qui complique la question de paternité et « aggrave » son cas. Connaissant cette propension du goitre à collectionner les noms propres, je n'ai pas été trop surpris en apprenant que l'exothyropexie devrait en toute justice être baptisée « opération de GANGOLPHE-JABOULAY-PONCET ».

Un excellent confrère, fort estimé par ceux qu'il honore de son amitié, a décrit et baptisé le « vertige paralysant ». Il fit ainsi preuve d'esprit clinique ; et si certains, — bien intentionnés, — ont tenté de convertir le vertige paralysant en maladie de GERLIER, l'auteur n'en est pas responsable.

En revanche, j'ai fait récemment la connaissance du bacille de l'ozène, qu'un micrographe a déniché et décoré du nom de LOEWENBERG, sans d'ailleurs indiquer le microbicide qui le tue. Au lieu de LOEWENBERG, j'aurais accepté NASENBERG, comme plus caractéristique. Mais le besoin de ce microbe odorant ne

se faisait nullement sentir, et les malheureux qui l'abritent dans leurs fosses nasales prétendent à juste titre que ce travail n'a pas fait avancer la question d'un dixième de μ (dimension du bacille découvert).

Je ne considère donc comme atteint du syndrome du baptême que ceux qui s'efforcent de faire donner leur nom à une découverte plus ou moins importante (maladie, microbe, opération).

Pronostic. — Si le syndrome du baptême continue à se propager durant quelques années encore, chacun de nous aura bientôt son syndrome ou son signe ; alors ce sera la Tour de Babel. Le pronostic de cette endémo-épidémie est donc sévère ; le mal est actuellement à l'état aigu ; il est très contagieux, et les individus frappés sont incurables.

Dans un article sur les maladies nerveuses, pour la première fois je rencontrai, il y a quelques années le mot « poliomyélite ». Et mes sens furent émus : nous avions polynévrite, policlinique..., mais poliomyélite ? et je tendis mes bras vers mon fidèle dictionnaire qui répondit : « πολιος, blanc,... ou plutôt » gris ; gris mêlé de blanc ; πολιαι τριχες, cheveux blancs ; — » πολιας ανκφερειν, grisonner ». — Donc myélite blanche ou grise... au choix ! Semblable aventure sera de plus en plus fréquente, si nous sommes envahis par des hordes de termes ambigus, mal fabriqués et sans valeur mnémotechnique.

Symptomatologie. — Quelques exemples suffiront pour dessiner les principales variétés.

D'abord, les cas frustes, où le baptême, quoique prémédité, a échoué. Qui ne se souvient de la naissance de l'antipyrine ? A cette époque, un médecin illustre se démena fort activement, par la plume et par la langue, afin de démontrer que lui seul connaissait le nouveau médicament ; entre ses mains il acquérait des vertus miraculeuses ; plus de douleur ! — En tous lieux, on chantait les louanges de celui qui, *seul*, savait prescrire l'antipyrine. Cela n'a pas mordu, mais il s'en est fallu de l'épaisseur d'une bougie filiforme que l'antipyrine se vît imposer le nom de « Germainséine ».

Une autre variété : A la fin d'une brillante clinique, le professeur Jolinon conclut : « A l'aide de ce signe que j'ai été le » premier à préciser, vous le voyez, Messieurs, vous parvien- » drez toujours à différencier d'emblée la broncho-pneumonie » infantile de la gangrène sénile. Et, pour en faciliter la des- » cription, je vous proposerai de donner à ce signe un nom qui » caractérise... ». Les élèves s'écrient en chœur : « Le signe de Jolinon ! — Puisque vous insistez, Messieurs, je dirai donc, etc... ». Et le baptême est fait !

Quelle différence entre nos contemporains et ces naïfs qui créaient des termes simples et expressifs : *dos de fourchette, orteil en marteau, main de prédicateur, exhibitionniste !* Pour les trouver, il fallait, il est vrai, de la modestie et de l'esprit.

Certains, plus roublards, connaissent tous ces noms exotiques, les plus rares comme les plus récents ; à la tête d'un confrère ahuri, ils lancent avec une volubilité imperturbable les signes de Rosembach, de Koplik, de Kernig, d'Olivier, de Philippowicz, de Stellway, de Babinsky ; ils le stupéfient avec les syndromes de Millard-Gubler, de Weber, de Wichmann ; ils le cataleptisent avec les maladies de Cherchewski, de Barlow, de Stokes-Adam et de Rougnon-Heberden. Car ils espèrent voir un jour leur nom s'ajouter à la liste, en vertu de l'axiome pharmaceutique : « passe-moi la cass.... »

Au sujet de la syphilis, un fait singulier est à signaler : le plus enragé de ces dénominateurs se refuse à associer son nom à celui de cette affection. En une étincelante chronique, Diday s'est efforcé de démontrer que Job était syphilitique ; mais le terme « maladie de Job » n'a pas prévalu.

Lors de la fameuse explosion de la syphilis, au XVe siècle, les peuples se sont empressés de donner à cette épidémie nouvelle le nom de leurs voisins, — mal espagnol, mal français, mal de Naples. On voulut même, d'après certains auteurs, lui attribuer le Nouveau-Monde comme lieu d'origine, et baptiser la syphilis du nom de mal américain. Mais Améric Vespuce protesta : « Si vous voulez absolument, dit-il, donner mon nom à quelque chose que je n'aie pas découvert, donnez-le aux Indes occidentales ». — Et c'est ainsi que l'Amérique a été dénommée par un malade atteint de syndrome de baptême.

Traitement. — Sous l'influence de cette abondance de vocables indigestes, notre langue médicale s'est altérée : comme me le disait un de nos plus spirituels confrères, elle est devenue pâteuse, saburrale, et seule la méthode évacuante sera curative. Chacun de nous doit donc expulser de son vocabulaire ces termes parasites, et n'user que de la dénomination exacte, rationnelle.

Mais c'est surtout à vous que je m'adresse, à vous qui nourrissez les feuilles hebdomadaires de vos abstraites élucubrations ; à vous qui, du haut d'un siège universitaire, répandez les flots de votre éloquence sur des têtes cosmopolites ; à vous, pasteurs de microbes et régulateurs de neurones, spéculateurs des cols aristocratiques et endoscopistes qui sondez les cœurs et les reins, à vous tous je demande pitié : pitié pour les élèves qui ne comprennent pas toujours ; pitié pour les praticiens qui, ne pouvant retourner à l'école, réclament une science limpide et simple ; pitié pour les malades qui demandent des traitements actifs et non des néologismes apocalyptiques. Attaquez-vous aux maladies nouvelles, imposez-leur une étiquette euphonique et mnémotechnique ; poursuivez de même les syndromes et remettez-les à leur place de symptômes ; quant aux signes, qui depuis quelques années infestent nos journaux, n'hésitez pas à les traquer, à les anéantir, — quoique dans notre pays cette chasse soit interdite.

Et si ma dissertation vous a agacés sans vous convaincre, forceps éminents ou bistouris illustres, mes confrères, soyez indulgents pour un rasoir grincheux qui tente de trancher dans le vif.

(*Rev. méd. de la Suisse rom.*) Dr Blanchard.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Sous le titre : « **Projet d'impôt sur la santé publique variant de 50 % à 200 % de la valeur du produit imposé** », M. Bouloumié, maire de Vittel, conseiller général des Vosges, adresse à MM. les Sénateurs et Députés, quelques observations bien senties relativement à la proposition d'impôt de 0,10 c. par bouteille d'eau minérale, émanée de M. Vagher, député.

« Depuis bientôt trente ans, pour lutter avec succès contre les eaux étrangères, contre les stations allemandes, notamment, d'importants sacrifices ont été faits en France pour améliorer les installations balnéaires, les procédés d'embouteillage, les hôtels, les théâtres, les casinos ; les tarifs de saison et de vente de bouteilles ont été abaissés le plus possible.

» Et aujourd'hui, parallèlement, le projet Vacher nous menace, par la taxe sur les bouteilles vendues, d'élever le prix de vente de nos eaux au point de les mettre en état d'infériorité accablante par rapport aux eaux étrangères et la « cure-taxe » se propose d'ajouter, aux charges que nous sommes déjà obligés de prélever sur les étrangers pour les distraire et leur donner le confort désirable, une aggravation nouvelle, sous la forme et le vocable d'un véritable impôt.

» Donc nouvel impôt écrasant sur les bouteilles vendues ; nouvel impôt odieux et vexatoire sur la personne même du malade : voilà l'avenir riant et plein de promesses que nous réservent, d'une part, les avidités ruineuses d'un socialisme famélique ; de l'autre, les agitations névrosées de quelques réformateurs d'arrondissement.

» Cet impôt de 0,10 c. par bouteille d'eau, ou des taxes analogues, ont déjà été proposés, soit sous la dénomination brutale d'*impôt*, comme le fait aujourd'hui le député socialiste Vacher, soit sous le titre plus insidieux de « timbre de garantie ».

» Ces taxes ont toujours été repoussées par les Chambres, pour trois raisons dominantes, seules dignes de la méditation du législateur :

» 1° La sauvegarde du développement d'une industrie nationale, que la France ne peut détruire de ses mains, en lui créant une situation d'infériorité redoutable, tant sur son propre sol que dans les pays étrangers ;

» 2° L'égalité devant l'impôt, qui s'oppose à ce que, seul, un produit naturel du sol soit frappé d'une lourde taxe, alors que les autres sont indemnes ;

» 3° Enfin, le souci du soulagement des malades, dont il serait barbare de diminuer pour tous, et de supprimer pour beaucoup les ressources thérapeutiques naturelles du sol.

» Il semblait donc que cette question, si souvent discutée, fût définitivement tranchée, lorsque de nouveau elle vient d'être soumise au vote du Parlement, par son infatigable protagoniste, le socialiste Vacher.

» Et puisque l'attaque recommence, il faut bien que recommence aussi la défense. »

Et M. Bouloumié, avec entrain, démontre que, contrairement aux assertions du député, l'eau minérale n'est pas un *objet de luxe*, que l'appellation de *boisson hygiénique* ne saurait au contraire lui être refusée, d'où logiquement dégrèvement au lieu de taxation.

Il ajoute ensuite :

« Ne perdez pas de vue cette considération primordiale, touchant la situation dans le monde des Etablissements Thermaux de la France, à savoir que leur difficile et rare prospérité n'a d'autre origine et d'autre garantie que le développement de l'exportation de leurs eaux en bouteille. »

Et plus loin :

« Si l'on considère que les eaux les plus répandues, celles dont l'usage est devenu presque universel dans toutes les classes de la société, se vendent aujourd'hui à un prix tellement bas que la valeur du liquide, défalcation faite de l'embouteillage, ne dépasse pas et n'atteint souvent pas 0,10 centimes, on est bien obligé de reconnaître que l'impôt proposé serait, dans le plus grand nombre des cas, un impôt de 100 °/ₒ sur la valeur. »

Il conclut enfin :

« Oui, il faut le dire bien haut, l'usage des eaux minérales est un usage de première nécessité dans bien des cas pour le pauvre comme pour le riche ; et, loin de le rendre onéreux, l'Etat a, au contraire, le devoir impérieux de le laisser à la portée de tous. »

La protestation de M. Bouloumié est trop légitime, ses arguments en faveur de toutes les eaux minérales françaises de trop grande valeur, pour que nous ne les soulignions pas et ne les signalions pas aux lecteurs de l'*Echo Médical du Nord*.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 3me Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique se réunira à Amsterdam du 8 au 12 Août 1899.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

1° Le traitement chirurgical des fibromyomes ; 2° La valeur relative de l'antisepsie et du perfectionnement dans la technique pour les résultats actuels de la gynécologie opératoire ; 3° L'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin ; 4° L'indication de la section césarienne considérée dans ses rapports avec celle de la symphyséotomie, de la crâniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel.

Rapporteurs pour la première question : MM. Doyen, Howard Kelly et Schauta ; pour la seconde : MM. Bumm, Richelot et Lawson Tait ; pour la troisième : MM. Bonnaire, Pinzani et Walther ; pour la quatrième : MM. Léopold, Pinard, Pestalozza et Fancourt Barnes.

Les rapports, avec une traduction dans les autres langues du Congrès, seront transmis aux membres un mois avant l'ouverture du Congrès. Pour les communications individuelles, la préférence sera donnée à celles qui se rattachent aux questions mises à l'ordre du jour.

En outre, il sera réservé chaque jour le temps nécessaire pour les démonstrations que les membres du Congrès voudront bien faire.

Les langues officielles du Congrès seront : l'Allemand, l'Anglais, le Français et l'Italien.

S'adresser à M. A. Mendes de Leon, secrétaire-général, Sarphatistraat, 1, Amsterdam.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les **vacances de Pâques** commenceront le samedi soir 25 mars et se termineront le dimanche soir 9 avril.

A l'occasion de son élection, M. le Président de la République accorde un jour de congé à la suite du congé ordinaire de Pâques. En conséquence les cours recommenceront le mardi 11 avril, aux heures ordinaires.

— Vendredi 17 courant a eu lieu, à 3 heures, l'inauguration du **nouvel amphithéâtre de cours** de **l'Institut Pasteur**, en présence de MM. le recteur Margottet, le

doyen DE LAPERSONNE, et de nombreux professeurs ou agrégés, parmi lesquels on remarquait MM. FOLET, COMBEMALE, CHARMEIL, CARRIÈRE, DELÉARDE, accourus pour entendre la leçon d'ouverture du professeur CALMETTE sur les *microbes du sol et des eaux*, leur *morphologie et physiologie générale*. Le personnel enseignant et les travailleurs de l'Institut assistaient à cette première leçon, comme les élèves auxquels ce cours de bactériologie est destiné. — Projections, présentations de cultures microbiennes, images de microbes, tout cet accessoire si captivant de cet enseignement, ont été très réussies ; les habitués de ce cours trouveront pour leur instruction plus que dans tout autre laboratoire.

Le don si généreux du docteur CALMETTE a été aussi bien employé pour l'enseignement, la preuve en est faite. Et nous adressons nos félicitations à notre collègue.

— Notre compatriote, M. le docteur VANVERTS, vient de voir sa thèse sur *la splénectomie* récompensée d'une **médaille d'argent** par la Faculté de Médecine de Paris. Que notre confrère reçoive, à cette occasion, nos bien vives félicitations.

— La **Société d'études psychiques** vient de se fonder, sous la présidence d'honneur du professeur RICHET, de Paris ; en relations avec la *Society for psychical Research*, de Londres, elle se réunit le premier samedi de chaque mois ; notre confrère, le docteur JOIRE, est le secrétaire et l'âme de cette nouvelle Société.

— Par *décret en date du 10 Mars 1899*, M. le médecin principal de 1re classe SOREL, médecin-chef de l'hôpital militaire de Lille, est nommé à Versailles avec les mêmes attributions ; M. le médecin principal de 2e classe MOTY est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Lille ; M. le médecin major de 1re classe REVERCHON est désigné pour l'hôpital militaire de Lille.

Nous adressons à M. le docteur MOTY, notre collaborateur, tous nos compliments pour la distinction méritée dont il est l'objet ; nos meilleurs souhaits accompagnent M. le docteur SOREL à son départ, M. le docteur REVERCHON à son arrivée à Lille.

— Par décret en date du 5 Mars 1899, M. le médecin principal en retraite RENARD, naguère directeur du 1er Corps d'armée, est nommé avec son grade dans la réserve ; MM. les docteurs COLAS, de Lille, et DHAUSSY, de Haussy, sont nommés médecins aide-major de 2e classe de réserve.

— *Ecole d'Amiens*. — Le docteur DHEILLY, professeur de physiologie, est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs LALANCE, d'Ajaccio (Corse), SAUVET, de Blois (Indre-et-Loire).

M. P. BERNARD, professeur à l'Université libre. Nous adressons à sa famille l'expression de nos condoléances.

M. ROUBION, interne des hôpitaux de Lyon.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

10e SEMAINE, DU 5 AU 11 MARS 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	3
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	2	5
2 à 5 ans	»	4
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	6	13
40 à 60 ans	12	2
60 à 80 ans	6	7
80 ans et au-dessus	1	2
Total	47	43

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	1	5	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	6	16	5
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	5	»	3	»	»	»	»	»	1	»	»	4	14	30
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	4	1	6	»	»	4	»	»	»	»	»	5	21	36
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	6	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	2	2	2	»	»	2	»	»	2	»	»	5	18	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	8	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Total	»	»	»	2	»	1	»	6	21	4	14	»	»	12	»	»	4	»	»	26	90	129

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 115. Troisième Année. N° 13. Le Numéro : 10 centimes. 26 Mars 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT
5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'une observation d'appendicite

Contribution à l'étude du traitement et en particulier du diagnostic de cette affection d'avec la salpingite chez la jeune fille.

par le docteur **Masset**, d'Arras, ancien chef de clinique de la Faculté

OBSERVATION PERSONNELLE

Communiquée à M. le docteur Vergne et résumée dans sa thèse : *De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de* Mickulicz. — Th. Lyon 1898

Appendicite suppurée. — Tamponnement pour drainage et cloisonnement. — Péritonite généralisée. — Ablation du Mickulicz au 4e jour. — Aggravation immédiate des symptômes. — Mort.

Le 1er juin 1898, je fus appelé près d'une jeune fille de 16 ans, Melle C.. , de Saint-Nicolas-lez-Arras. On me dit qu'elle avait été prise, deux jours auparavant, de coliques avec vomissements alimentaires et malaise général. L'entourage crut à une indigestion et s'empressa de donner un purgatif à la malade. Les douleurs abdominales et les vomissements persistant en dépit de l'exonération intestinale, on se décida enfin à me mander.

A la simple vue de la jeune fille et avant d'avoir pris aucun renseignement, mon impression fut qu'il s'agissait d'une tuberculeuse arrivée à la période de consomption, tant elle me parut débilitée. Figure émaciée, membres squelettiques, scapulœ alatœ, rien ne manquait à la physionomie du tuberculeux arrivé au dernier degré de son affection.

Cependant on m'affirma que la malade n'avait jamais été plus grasse et que sa maigreur devait sans doute être mise sur le compte du surmenage intense auquel elle se livrait, portant sur ses épaules des sacs de chaux une bonne partie de la journée, tout en se nourrissant d'une façon insuffisante. En y regardant de plus près, le facies était anxieux et sans être grippé avait quelque chose d'abdominal. Alors, je procédai à l'interrogatoire. La jeune fille appela aussitôt mon attention sur son ventre qui était le siège de douleurs vives, revenant par accès, sous forme de coliques, lui arrachant des cris. A l'inspection, l'abdomen était assez tendu et sensible partout à la pression. Cependant, à l'aide d'une palpation douce et méthodique, je ne tardai pas à m'apercevoir que la douleur provoquée était plus vive au niveau de la fosse iliaque droite et qu'en cette région les muscles se tendaient et se défendaient plus qu'en d'autres points. Alors je cherchai le point de Mac Burney qui se montra des plus net. Dès lors, le diagnostic d'appendicite ne me parut pas douteux ; néanmoins l'aspect général de ma malade me faisait penser malgré tout à la tuberculose. Si, au niveau de la région cœcale, la défense de la paroi s'opposait à toute exploration profonde, le reste de l'abdomen était encore assez souple pour me permettre d'éliminer la péritonite tuberculeuse. Je ne sentis, en effet, d'induration nulle part ; en vain, je recherchai le gâteau péritonéal et la corde épiploïque. La percussion me donna une sonorité à peu près égale partout ; peut-être y avait-il un peu plus de résistance aux doigts au niveau de la zone appendiculaire. L'examen de la poitrine ne me révéla aucune lésion du côté des poumons et des plèvres. Le cœur était intact ; le pouls était assez faible et battait 100. Le thermomètre, resté pendant dix minutes dans l'aisselle, n'accusa aucune élévation. Malgré la certitude que j'avais de l'existence d'une appendicite, fort de deux cas semblables que je venais de guérir médicalement et qui m'avaient rendu moins intransigeant en matière d'intervention, je prescrivis le traitement médical habituellement employé en pareil cas, tout en disant à la famille que si la situation ne s'était

pas améliorée le lendemain, une opération deviendrait nécessaire. Je fis donc appliquer quelques sangsues au-dessus du pli de l'aine droit, j'ordonnai pour toute alimentation du lait glacé pris à petites gorgées et administrai dix centigrammes d'extrait thébaïque à l'intérieur, à raison de deux centigrammes toutes les deux heures. J'ajoutai que si les douleurs ne cédaient pas à l'émission sanguine, on eût à appliquer une vessie de glace en permanence dans la région du flanc droit.

Le lendemain 2, je revis ma malade dans la matinée; on avait dû recourir à la réfrigération dès la veille au soir et la nuit avait été bonne. La malade de s'était réveillée que deux fois pour se rendormir aussitôt. Elle avait bien encore quelques petites douleurs spontanées, mais qui n'avaient rien de comparable à celles de la veille. Il y avait eu un seul vomissement le matin et qui s'était borné à quelques glaires jaunes-verdâtres. La douleur à la pression existait toujours à droite, mais le ventre n'avait plus cette sensibilité généralisée de la veille et sa tension avait diminué. Le thermomètre était toujours muet. Je fis continuer le même traitement.

Le 3, nouvelle visite. La malade se croit guérie et parle de se lever. Elle n'a plus de coliques, les vomissements ne sont plus reparus et la douleur provoquée dans la région du cœcum s'est beaucoup amendée. Le pouls est bon et bat 88. Malgré cette amélioration manifeste, j'insiste pour que la jeune fille garde le repos absolu au lit; je restreins la dose d'opium et fais administrer en plus 1 gr. 50 de benzonaphtol en trois cachets à prendre dans la journée.

Le samedi 4, le mieux est encore plus accentué. Cependant il reste encore un peu de résistance au niveau de la fosse iliaque droite. Je fais continuer la diète liquide, l'extrait thébaïque et le benzonaphtol et promets à la famille de revenir le surlendemain.

La journée du 5 se passa sans incident, mais dans la nuit du 5 au 6, la malade fut prise d'un violent besoin d'aller à la garde-robe et se livra à de nombreux efforts pour y satisfaire. A la suite de cette évacuation, elle fut prise de douleurs abdominales qui dépassèrent en intensité celles primitivement ressenties. Des vomissements porracés, à peu près continus, un léger hoquet ne tardèrent pas à apparaître. L'agitation devint bientôt extrême et on me fit appeler en toute hâte le lundi matin vers 6 heures.

Aussitôt mon arrivée, je fus surpris du contraste. Autant la malade m'avait paru bien le samedi, autant, sinon plus, elle me sembla mal le lundi. Le facies était devenu franchement péritonitique, les yeux étaient excavés, le nez aminci, une sueur froide ruisselait le long du visage, les extrémités étaient froides, le pouls était filiforme et incomptable, l'ataxie était des plus prononcée et je me mis à regretter amèrement de ne pas être intervenu dès le début et de m'être trop fié sur une rémission hélas! trompeuse. Et cependant tout ce changement s'était produit en quelques heures.

A l'inspection, le ventre était fortement tendu sans avoir pourtant augmenté beaucoup de volume. La douleur était surtout accusée au niveau du creux épigastrique et de la fosse iliaque droite. L'hyperesthésie de la paroi était extrême et la patiente ne pouvait supporter le contact d'aucun objet. A la percussion, pratiquée avec beaucoup de douceur, on obtenait maintenant une submatité bien nette dans l'espace qui sépare le pli inguinal droit de la ligne spinoso-ombilicale. Il était clair qu'un abcès s'était formé au voisinage de l'appendice et que cet abcès menaçait, si ce n'était déjà fait, de s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale. En présence de tous ces symptômes une laparotomie s'imposait d'urgence Ne voulant pas prendre sur moi toute la responsabilité d'une pareille entreprise, je fis appeler mon confrère le docteur Baude en consultation. Celui-ci, après examen, jugea comme moi la laparotomie indispensable. Nous décidâmes de pratiquer l'opération le soir même et de nous adjoindre notre confrère le docteur Lehoucq.

6 juin. *Opération*. — L'opération a lieu à 5 heures. Après avoir endormi la malade et aseptisé rigoureusement la région, je suis pris d'un scrupule et pratique le toucher vaginal, auquel j'avais renoncé à l'état de veille, la jeune fille n'étant pas déflorée. Comme me l'avaient fait penser l'absence de passé génital et de toute gravidité ayant pu entraîner les trompes haut dans l'abdomen, je trouvai l'excavation absolument libre. Le diagnostic de salpingite était donc éliminé. Sur le point d'opérer, je ne jugeai pas à propos de faire le toucher rectal, ce que j'ai regretté après, car peut-être aurais-je pu ouvrir et drainer le péritoine à travers la paroi rectale et donner ainsi plus de chances de salut à ma malade. N'ayant plus d'hésitation sur ce diagnostic, je pratique une incision de dix centimètres environ, parallèlement à l'arcade crurale, parties égales en dedans et en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure dont elle est éloignée de deux centimètres. Je découvre ainsi l'intestin grêle qui ne présente aucune lésion apparente; il n'y a aucune trace de granulations tuberculeuses sur le péritoine pariétal. Avec des compresses bouillies, j'écarte l'intestin grêle et j'isole le cœcum que je reconnais à ses bandes longitudinales et transversales. Je détruis quelques adhérences et tâche d'amener le cœcum au dehors. Je sens alors une petite tuméfaction allongée et indurée qui me donne un instant l'illusion de l'appendice; mais je ne tarde pas à m'apercevoir qu'il s'agit simplement d'un segment intestinal bourré de matières. Cependant, je ne perçois aucune collection qui réponde à la matité constatée avant l'opération. Désespérant de trouver l'abcès en arrière du cœcum, je reporte mes investigations en dedans, après avoir agrandi mon incision, quand mon confrère, le docteur Baude, crève, avant de l'avoir sentie, une poche qui déverse une grande quantité de pus. Je protège le mieux possible la grande cavité péritonéale. La poche est située en arrière et en dedans du cœcum, mais on ne rencontre pas trace de l'appendice qui a dû être détruit. Cette poche se prolonge par en bas vers le petit bassin qui renferme lui aussi une certaine quantité de pus crémeux et bien lié comme le premier. En continuant mes recherches je tombe sur une deuxième poche qui paraît être un diverticule de la première et qui s'étend jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Le péritoine est ensuite lavé largement avec de l'eau bouillie à 40° et soigneusement étanché. Le foyer évacué est isolé par deux lanières de gaze stérilisée introduites profondément, l'une en arrière et en dedans du cœcum ; l'autre, plus petite, s'enfonce vers l'excavation pelvienne. J'aurais volontiers fait une contre-ouverture au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire pour assurer un drainage en anse plus complet, mais la malade était tellement bas que je ne jugeai pas humain de prolonger le choc opératoire et me décidai à refermer le ventre par une suture à étages. Je dois ajouter que l'appareil utéro-ovarien avait été reconnu sain au cours de l'opération. Pansement extérieur iodoformé. La patiente est réchauffée et deux piqûres d'éther relèvent bien vite son pouls qui était devenu imperceptible. Le soir de l'opération, vers 9 heures, la malade est assez bien. Il n'y a plus eu de vomissements depuis l'opération ; le calme s'est rétabli ; le pouls est assez bon et la température est de 36°8. Injection de morphine.

Le lendemain matin 7, la malade se plaint toujours de souffrir dans le ventre, qui reste un peu tendu, mais il n'y a pas eu de vomissements pendant la nuit qui a été assez tranquille. Le thermomètre est à 37°4. Le soir la colonne mercurielle s'élève à 38°3, le pouls bat 104.

Croyant à une simple réaction péritonéale, nous ne nous alarmons pas outre mesure.

Le 8 matin. Température 38 , comme la veille au soir. Les vomissements ne sont pas reparus. La malade prend comme boisson du lait glacé par petites gorgées et un peu de champagne frappé. Le soir, la malade se plaint beaucoup de son ventre ; elle a été agitée toute la journée, se découvre sans cesse et veut retirer son pansement qui est d'ailleurs en très mauvais état. Nous sommes forcé de le renouveler, et constatons que le ventre n'est pas trop météorisé et que notre Mickulicz fonctionne très bien. Le thermomètre marque 39°. Songeant à une péritonite généralisée post-opératoire, nous pratiquons le même soir une injection de sérum artificiel, bien décidé à réouvrir le ventre le lendemain et cette fois sur la ligne médiane, si la scène n'avait pas change.

Le jeudi 9, on me dit que la nuit a été assez bonne. Le thermomètre est à 38°. Les douleurs se sont atténuées mais reviennent toujours par intervalles. Je protège la plaie iliaque avec un pansement collodionné et fais appliquer une vessie de glace en permanence au niveau de l'ombilic. Le soir la température est tombée à 37°6. Mais le facies reste toujours anxieux, la soif est vive, la malade parle sans cesse.

Le vendredi 10, la température est normale le matin, l'agitation est toujours la même. Cependant, je crois pouvoir retirer un peu les mèches. Celles-ci se laissent attirer tout d'abord avec assez de difficultés, puis sortent immédiatement d'un seul coup. Je ne pouvais guère les remplacer sans risquer de briser des adhérences et me repentis bien d'y avoir touché.

Le soir du même jour la malade est très agitée. Elle est très loquace, fait le pont, projette ses membres en tous sens et cependant déclare ne pas souffrir. La température reste toujours au voisinage de la normale mais le pouls est rapide (120). Je fais une injection de morphine et fais continuer la glace, malgré l'absence de douleurs.

Le lendemain 11, je trouve mon opérée dans un état voisin du collapsus. Le facies est franchement péritonéal, l'œil est vitreux, enfoncé sous l'orbite. Il n'y a toujours pas de vomissements, à peine un peu de météorisme ; la malade a eu une garde-robe involontaire la nuit ; les urines sont rares. La septicémie péritonéale est complète, mais on ne peut plus songer à une nouvelle intervention. Nouvelle injection de sérum. La jeune fille meurt dans la soirée, vers 7 heures, ayant conservé son intelligence jusqu'au bout.

Telle est, rapportée *in extenso*, l'observation que nous avons livrée au docteur Vergne, élève à l'école d'application du Val-de-Grâce, et qu'il a dû forcément écourter dans sa thèse intitulée : *De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mickulicz*, Lyon 1898.

Cette observation nous a paru si instructive à divers points de vue que nous n'hésitons pas à la reprendre pour notre propre compte, tout en laissant dans l'ombre et cela à dessein le point particulier qui fait l'objet de la thèse de notre ami Vergne. Nous dirons simplement que l'inspirateur de cette thèse, M. le professeur Poncet, recommande de ne pas toucher au Mickulicz avant le dixième ou douzième jour et même alors de se borner à enlever les mèches partiellement. L'ablation précoce peut être en effet la cause d'accidents graves, par une infection jusque-là conjurée, parfois mortels, ainsi que le docteur Vergne en rapporte des observations, au nombre desquelles figure la nôtre.

Pour ma part, je dirai simplement ceci : sans doute, il est peu probable que ma malade eût survécu, si je n'avais pas retiré le tamponnement, mais il m'a paru évident que son extraction prématurée et involontairement complète avait précipité le dénouement fatal.

Ceci brièvement exposé, abordons maintenant les divers côtés de notre observation qui nous ont paru dignes d'être étudiés et les conséquences pratiques qui nous paraissent en ressortir.

I. — D'abord on comprendra que lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet amaigri et presque cachectisé comme l'était notre jeune fille, il faille toujours songer à la possibilité d'une manifestation tuberculeuse (tuberculose péritonéale ou simplement cœcale). On y pensera surtout si l'affection évolue *sans fièvre*, comme c'était ici le cas ; et cela malgré

l'absence de douleurs abdominales et d'épisodes diarrhéiques antérieurs. Ne sait-on pas en effet que les péritonites tuberculeuses sont souvent latentes pendant la première phase de leur évolution ? Dans la typhlite tuberculeuse primitive, comme dans la péritonite tuberculeuse chronique, la formation d'un abcès péritonéal peut être le premier signal de l'infection bacillaire et cet abcès peut évoluer sans fièvre tout comme un abcès froid. La localisation précise de la douleur au point de Mac Burney, l'absence d'induration, de gâteau péritonéal et de corde épiploïque, l'absence de ganglions inguinaux durs et hypertrophiés, l'intégrité des poumons et des plèvres, bien que cinq fois sur six, ces organes aient été trouvés intacts, lors de typhlite tuberculeuse, enfin l'absence de tout antécédent sont des signes qui, suivant nous, doivent faire pencher le diagnostic vers l'idée d'une appendicite. Encore cette appendicite pourra-t-elle n'être elle-même que le résultat d'une colonisation Kocchienne.

II. — On devra toujours penser à la *salpingite*, même lorsqu'il s'agit de jeunes filles vierges, et tel était le cas de notre malade, d'où la nécessité du toucher vaginal. Richelot, et bien d'autres sans doute, n'ont-ils pas constaté des tumeurs annexielles haut situées et prises d'abord pour des salpingites, sans qu'on ait pu invoquer une grossesse, comme le veut Doléris, pour expliquer le siège élevé de la tumeur d'origine pelvienne. Notre malade n'avait encore été réglée que deux fois, et elle avait 16 ans (c'est tard pour une Française). Or, on sait que l'instauration même de la fonction menstruelle peut être le signal de la métrite dite *virginale*, à cause de la congestion intense qui se produit à ce moment dans toute la sphère génitale, d'où une vulnérabilité plus grande de l'organe. Il s'y joint alors généralement, dit Pozzi, l'influence d'une malformation utérine provoquant la stase du sang menstruel, développement incomplet, antéflexion congénitale, conicité du col, sténose de l'orifice, et l'on sait également que cette métrite virginale donne fréquemment lieu à une salpingite.

Une autre raison, et celle-là microbienne, pourrait bien, ce nous semble, avoir sa part dans l'étiologie de cette métrite et de cette salpingite virginales. Si l'on admet la fréquence de la vulvo-vaginite gonococcique chez les petites filles et cela a été nettement démontré par M. Hallé qui a trouvé le diplocoque 26 fois sur 28, pourquoi refuserait-on à la jeune fille plus âgée le droit de prendre le même microbe autrement que par un contact vénérien, par l'usage commun d'objets de toilette par exemple, ou par la cohabitation dans un même lit avec une mère ou une sœur atteintes de leucorrhée gonococcique ? Chez elle, même, pourquoi le gonocoque ne pourrait-il pas créer une métrite d'emblée et secondairement les lésions des annexes. tout comme chez la jeune femme mariée à un homme atteint de goutte militaire ? C'est là une hypothèse qui n'a rien d'invraisemblable et qui aurait seulement besoin d'être confirmée par l'examen bactériologique de l'écoulement métritique virginal. Dans une clinique à l'hôpital des enfants malades (1898), M. Marfan pense que chez la petite fille les organes génitaux internes et le péritoine pelvien sont plus souvent inoculés qu'on ne croit. Il y a ainsi, dit-il, des métrites, des salpingites par propagation ; en faisant la laparotomie, on a quelquefois trouvé les trompes remplies de pus ; le péritoine lui-même est parfois contaminé directement par l'utérus et les trompes et non pas par la voie lymphatique ; l'ovarite est rare.

Cette pénétration péritonéale est quelquefois très grave. M. Marfan cite trois cas de mort par péritonite gonococcique ; on avait dans un de ces cas diagnostiqué une appendicite ; la laparotomie une fois faite, on trouva l'appendice normal et la trompe droite remplie de pus. Heureusement ces cas de métrite et de métro-péritonite ne sont pas ordinairement aussi graves, il y en a qui guérissent et il en cite deux cas, l'un qui a nécessité une laparotomie, l'autre concernant une petite fille de dix ans, chez laquelle le traitement médical eut rapidement raison d'accidents péritonéaux simulant à s'y méprendre le tableau de l'appendicite avec péritonite enkystée périappendiculaire. Ce sont là, ajoute-t-il, des faits qui méritent d'être connus, car on doit en tirer la conclusion pratique que quand on se trouve en leur présence, il faut penser à la vulvo-vaginite et la rechercher et ne pas mettre tout sur le compte de l'appendicite.

Nous dirons, nous, que lorsqu'on se trouve, chez une jeune fille encore vierge, en présence d'accidents péritonéaux plus ou moins sérieux, il faudra toujours penser à la possibilité d'une métro-salpingite gonococcique ou simplement virginale et ne pas avoir en tête que l'idée d'appendicite.

Chez la jeune fille vierge, d'autre part, comme chez la femme qui a eu des rapports, la tuberculisation des annexes est possible. Dans ces cas-là, on admet géné-

ralement qu'une auto-infection ordinaire septique a été d'abord provoquée par une sténose du col et que le bacille introduit dans la circulation par la voie pulmonaire ou digestive a colonisé sur les trompes enflammées, qui sont devenues ainsi un locus minoris resistentiæ.

Ajoutons que les malformations et atrophies congénitales des trompes qui peuvent être cause du retard dans l'établissement des menstrues, constitueraient aussi pour ces organes une véritable prédisposition morbide. Lawson Tait et Freund ont mis ce fait hors de doute.

On peut donc, chez la vierge comme chez la femme mariée, se trouver aux prises avec les plus grandes difficultés de diagnostic entre l'appendicite et les affections aiguës des annexes.

Ces difficultés sont encore accrues chez la première par la présence de l'hymen qui peut être un obstacle au toucher vaginal. Cependant, cette membrane est le plus souvent assez dilatable, pour qu'on puisse toucher les vierges, avec précaution bien entendu, sans la déchirer. Mais comme cette manœuvre est assez douloureuse, il sera toujours préférable d'attendre le moment de l'intervention comme nous l'avons fait, pour parfaire son diagnostic et pratiquer le palper bi-manuel sous l'anesthésie, à moins que l'on ne préfère recourir à la cocaïne en badigeonnages, qui ne donne pas chez tous les sujets l'insensibilité désirable. Il est vrai que le toucher rectal peut donner de précieux renseignements, dans certaines formes de salpingo-ovarite, mais s'il ne saurait remplacer complètement le toucher vaginal en cette occurrence, quoi qu'en ait dit Terrillon, il est par contre d'un utile secours dans toutes les variétés d'appendicite (Bouveret, Poncet).

Qu'on nous pardonne ce qui, peut-être, sera considéré comme une digression par rapport à notre observation, mais il nous a paru utile de rappeler pourquoi le diagnostic de l'appendicite et de la salpingite était si ardu ; nous essaierons ensuite de montrer la valeur des signes qui ont été donnés comme différentiels de ces deux affections.

On ne saurait trop multiplier les moyens d'exploration, pour éclairer son diagnostic, car bien des raisons existent pour l'égarer et si nos erreurs n'en sont pas pour cela légitimées, on pourrait presque dire qu'elles en sont particulièrement excusées. Ces raisons, nous allons d'abord les résumer en quelques lignes. Citons, parmi les principales, la fréquence de l'appendicite à forme pelvienne et la possibilité des tumeurs annexielles haut situées, même chez les vierges ; le début insidieux de certaines appendicites ; l'inconstance du gonocoque dans les pyosalpinx nettement blennorrhagiques ; l'origine intestinale de quelques salpingites et la présence du bactérium coli dans leur liquide ; le retentissement possible des affections annexielles sur le gros intestin et son appendicite ; la coexistence possible des poussées d'appendicite avec époques menstruelles, tout cela ne nous explique-t-il pas comment on prend si souvent une salpingite pour une appendicite et réciproquement.

« Je crois, dit Budin (Budin, Soc. d'obstétrique et de gynécologie, 11 mars 1897), que le plus souvent le diagnostic est possible ; l'appendicite siège toujours plus haut et a grande tendance à rester abdominale. La douleur provoquée par la pression siège sur la ligne ilio-pectinée, tandis que, dans le cas de salpingite, c'est surtout par le palper bi-manuel qu'on provoque la douleur. » Cette assertion ne répond nullement à la clinique, dit Guinard (Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet), et la variété pelvienne des abcès appendiculaires est très fréquente ; de plus, comme il n'est pas rare d'observer une variété abdominale des suppurations annexielles haut situées, on comprend que l'erreur soit souvent commise !

A la même Société d'obstétrique et de gynécologie (avril et octobre 1897), Doléris a résumé les éléments sur lesquels le diagnostic différentiel repose. Il pense que c'est surtout sur le siège de la douleur et de la tumeur qu'il faudra baser son opinion.

L'appendicite est une affection du flanc, dit-il, tandis que la salpingite est une affection du petit bassin. Les commémoratifs ont également une grande importance, car il est bien rare que les femmes atteintes d'annexite n'aient pas dans leurs antécédents quelques complications du côté de l'appareil génital. Les cas difficiles sont très rares, dit-il encore, et c'est surtout dans les cas de salpingite élevées que les erreurs sont possibles. Mais ceux-ci ne s'observent qu'à la suite d'accouchements ou d'avortements plus ou moins pathologiques ayant forcé les trompes à s'élever en même temps que l'utérus. L'appendicite peut avoir un siège pelvien ; c'est alors une para-appendicite qui envahit secondairement les ligaments larges. Ces cas seraient très rares, d'après M. Doléris, car l'appendicite est plutôt péritonéale et s'implante vite par ses

adhérences. De plus l'annexite donne rarement les accidents brusques de l'appendicite. Les erreurs sont cependant possibles et M. Doléris lui-même en a cité un cas très curieux ; il s'agit d'une femme chez laquelle deux confrères avaient fait le diagnostic d'appendicite. Doléris fut étonné de ne pas trouver de tumeur abdominale appréciable. Au toucher, le petit bassin était libre et il n'existait qu'un point douloureux siégeant très haut. L'idée d'appendicite fut repoussée ; la laparotomie montra que l'appendice était normal et qu'il existait en arrière de l'utérus un ovaire malade contenant un kyste hématique gros comme une noix.

Nous ne nous arrêterons pas à réfuter cette idée de Doléris, qu'une gravidité antérieure est nécessaire pour réaliser le siège élevé de certaines tumeurs annexielles, M. Richelot ayant fait remarquer à la même séance qu'il avait observé six cas dans lesquels le diagnostic était particulièrement difficile, d'autant que plusieurs des malades étaient vierges, ce qui permettait plutôt de penser à une appendicite. Or la laparotomie a démontré qu'il s'agissait de salpingites.

Quoi qu'en pense M. Doléris, l'appendicite à forme pelvienne est fréquente, ainsi que l'écrit Guinard (loc. cit.) et le docteur Dormay a pu en rapporter dix-sept observations, la même année (Th. Lyon 1897) ; l'auteur ajoute que ce sont là les seuls cas connus avec détails suffisants, car il ne semble pas que jusqu'à ce jour, on se soit particulièrement occupé de cette variété pelvienne. Chez la femme, dit encore Dormay, l'appendicite a dû être maintes fois confondue avec la salpingite suppurée. Si cette forme pelvienne de l'appendice a une physionomie à peu près semblable à celle de la salpingite, cela tient, on le sait, à ce que l'appendice se dirige parfois en bas et en dedans (type descendant) et plonge dans le petit bassin en venant se placer au-devant du rectum ; ainsi se trouve expliquée la topographie de ces abcès péritonéaux prérectaux d'origine appendiculaire, pouvant englober le rectum, le vagin, la vessie et vider leur contenu dans ces réservoirs. Gérard Marchand a pu même citer un cas où l'appendice, long de dix centimètres, avait été rendu par le rectum. Le diagnostic de ces abcès pelviens appendiculaires paraît devoir être nettement établi chez la femme par le palper abdominal combiné avec les touchers rectal et vaginal. Ajoutons que cette variété d'abcès n'est pas toujours primitive, qu'elle peut être due à la fusion d'abcès abdominaux comme dans notre cas.

Quant à la douleur qui éclate brusquement, comme un coup de pistolet, ce n'est pas là un caractère constant de l'appendicite, puisque entre un début insidieux, presque apyrétique et un début bruyant, fébrile et immédiatement très douloureux, on peut observer tous les intermédiaires. Nous reconnaissons toutefois qu'un début à grand fracas est plus fréquent dans l'appendicite que dans la salpingite qui, le plus souvent s'installe sournoisement. Cependant, dans certains cas de tubo-ovarite, les accidents de début peuvent affecter un mode aigu, mais alors ils succèdent à un accouchement ou à un avortement, ou bien la malade est en pleine blennorrhagie. D'autre part ne sait-on pas que des pyosalpinx restés latents jusque-là ont pu provoquer, au moment de leur passage de la forme circonscrite à la forme diffuse (abcès pelvien), une douleur subite, vive, syncopale et accompagnée de phénomènes analogues à ceux de la péritonite. On aurait donc tort, ce nous semble, de considérer cette brutalité du début comme un caractère pathognomonique de l'appendicite.

Pour éviter le plus possible les chances de confusion entre la salpingite et l'appendicite, il ne faudra jamais négliger de pratiquer le toucher vaginal et même le toucher rectal. Si, par le toucher vaginal, on constate que les culs-de-sac sont durs et douloureux, on portera son interrogatoire du côté du passé génital de la femme. Il est bien exceptionnel, sinon impossible, dit encore Guinard (loc. cit.), qu'une grosse collection suppurée du Douglas, avec fièvre et douleurs, prenne naissance sans que la patiente ait présenté, à un moment donné, quelques symptômes attirant l'attention du côté des organes génitaux. En d'autres termes, nous dirons que l'interrogatoire de la malade peut, selon Guinard, nous faire porter toujours le diagnostic rétrospectif d'endométrite gonococcique, puerpérale ou mixte. Nous verrons tantôt ce que cette opinion a de fondé.

Si une ponction permettait l'examen bactériologique du pus avant l'ouverture de la collection, le diagnostic différentiel en serait peut-être facilité ; dans l'abcès appendiculaire, on trouverait sans doute le bactérium coli et dans le pyosalpinx le gonocoque ou le streptocoque ou même les deux associés. (Infections mixtes de Gerheim). Mais cet examen n'est pas possible dans la plupart des cas et ses résultats sont loin d'être absolus. On sait en effet que le gonocoque n'a pas été retrouvé dans tous les cas de salpingites nette-

ment blennorrhagiques et il est aujourd'hui démontré que l'infection annexielle peut avoir une origine intestinale ou tout au moins que la disposition des lymphatiques signalés par CLADO (*Gazette des Hôpitaux,* 6 février 1892) entre l'appendice iléo-cœcal et l'ovaire permet d'admettre cette supposition ; vingt fois sur cent, d'après TESTUT, l'appendice est relié par son méso au bord supérieur du ligament large correspondant et à des communications lymphatiques avec l'ovaire.

On sait que c'est POZZI qui a le premier signalé l'origine intestinale de quelques salpingites (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris,* décembre 1890). Dans trois cas de sa pratique, il a pu rattacher l'infection des annexes à l'existence d'une ancienne lésion de l'intestin (entérite, fièvre typhoïde). La propagation s'était faite soit par les adhérences réunissant les annexes à l'appendice cœcal enflammé, soit par la voie lymphatique. — L'existence d'un type descendant de l'appendice et les rapports lymphatiques que cet organe peut affecter avec l'ovaire, voilà donc deux raisons qui expliquent suffisamment l'origine intestinale de certains pyosalpinx.

Si les trompes peuvent puiser l'élément infectieux dans l'intestin, la réciproque est vraie, et DELAGÉNIÈRE, du Mans, a attiré l'attention au Congrès français de chirurgie (Paris, octobre 1897) sur une appendicite spéciale consécutive aux lésions annexielles. Son opinion est fondée sur l'attitude de cinq malades chez lesquelles il a dû faire, en même temps que l'ablation des annexes, la résection de l'appendice. Ces cinq malades ont parfaitement guéri et leur étude lui a permis de tirer les conclusions suivantes :

1° L'appendicite dont il s'agit est une appendicite folliculaire à marche lente, mais évoluant comme l'appendicite folliculaire classique.

2° Cette appendicite doit être diagnostiquée avant l'opération, afin de recourir à la voie abdominale pour l'intervention ; mais ce diagnostic est souvent malaisé. Néanmoins, les symptômes gastro-intestinaux succédant aux symptômes de salpingites, la présence des crises douloureuses à droite, survenant en dehors des périodes menstruelles et rappelant en petit la crise d'appendicite, le point douloureux classique, etc., constituent pour lui une symptomatologie suffisante pour choisir la voie abdominale.

En effet, il importe absolument d'enlever l'appendice malade en même temps que les annexes, sous peine de faire une opération incomplète et d'avoir un échec thérapeutique.

3° Au point de vue de la pathogénie, les appendicites folliculaires qu'on rencontre en même temps que les lésions septiques des annexes ont une origine purement intestinale. La côlite ou la typhlite qui préparent l'appendicite sont consécutives aux lésions inflammatoires des annexes qui se propagent à l'intestin par contact, adhérence, puis formation d'abcès.

4° Le traitement consiste à réséquer l'appendice au ras du cœcum. On reconnaîtra que l'organe doit être enlevé aux signes suivants : présence d'adhérences même lamelliformes ; sensation kystique perçue vers l'extrémité libre ou sur un point quelconque, présence de corps étrangers qu'on ne peut pas refouler dans l'intestin ; enfin arborisations vasculaires à la surface séreuse de l'appendice.

Nous nous demandons pourquoi M. DELAGÉNIÈRE veut voir entre l'annexite et l'appendicite un intermédiaire obligé côlite ou typhlite, puisque les relations lymphatiques entre l'appendice vermiculaire et l'ovaire sont connues depuis 1892 (CLADO, loc. cit.).

Quoi qu'il en soit, qu'elle soit directe ou indirecte, l'origine annexielle de certaines appendicites paraît être prouvée par ces observations.

Nous devons ajouter que TERRILLON (*Salpingites et Ovarites,* Paris 1891) avait déjà signalé un point douloureux dans la région iliaque droite, à l'union du cœcum avec le côlon ascendant. Il se produirait de deux à trois heures après le repas et serait dû à l'adhérence de l'appendice iléo-cœcal aux annexes de l'utérus.

Ces rapports de l'appendice avec l'appareil utéro-ovarien sont encore confirmés par l'influence que peut avoir la menstruation sur la marche de certaines appendicites. GUINARD a opéré une malade qui avait des poussées d'appendicite à chaque époque menstruelle. L'appendice enlevé à froid était gros et raccourci, comme rentré en lui-même. Les annexes examinées au cours de l'opération étaient, il est vrai, tout-à-fait normales.

Il n'est pas jusqu'à la grossesse tubaire et même normale (GUINARD et PEYROT, LE GENDRE) qui ne puisse coïncider avec l'appendicite. Nous n'insisterons pas, car ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé déjà très largement.

Malgré toutes les difficultés, dues précisément aux

rapports intimes que peut avoir l'appendice avec les annexes et à l'analogie de siège que peuvent avoir les lésions inflammatoires, nous allons cependant essayer d'indiquer les signes différentiels qui ont été donnés entre ces deux affections, tout en appréciant leur valeur. Dans la *Revue pratique des Travaux de médecine*, 1898, n° 8, nous avons trouvé le résumé d'un travail du docteur Déaven, de Philadelphie, sur ce diagnostic différentiel de la salpingite et des maladies des annexes, travail qui a été traduit par la *Gazette médicale de Liège*. Nous rapporterons, en ajoutant nos réflexions, les idées de cet auteur sur les éléments de diagnostic avec la salpingite aiguë et le pyosalpinx ou abcès de l'ovaire, en laissant de côté les caractères différentiels qu'il donne avec la grossesse extra-utérine, les kystes suppurés de l'ovaire ou abcès des ligaments larges, les kystes avec torsion du pédicule, le ligament large variqueux ; nous dirons quelques mots de son diagnostic avec la menstruation difficile.

Il importe tout d'abord, suivant nous, de faire une distinction, suivant les formes que peuvent revêtir l'appendicite et la salpingite. Tandis que l'appendicite simple, catarrhale, la colique appendiculaire de Talamon, se rapproche par ses caractères cliniques de la salpingite catarrhale aiguë, l'appendicite avec péritonite appendiculaire enkystée offre un tableau clinique assez semblable à celui du pyosalpinx se transformant en abcès pelvien. L'appendicite chronique à répétition et les poussées aiguës de périsalpingite qui traversent l'évolution chronique des salpingites offrent également des points de ressemblance.

Dans la salpingite aiguë, dit Déaven, les prodromes se passent surtout du côté de l'appareil génital, ce qui est exact, et le faible degré de tension de la paroi abdominale suffit déjà à éveiller l'attention. Nous dirons qu'il est assez fréquent de rencontrer un certain degré de ballonnement du ventre, surtout chez les nerveuses, et qu'il ne peut s'agir là que de nuances difficiles à apprécier. D'autre part, dit Déaven, la localisation de la douleur n'est pas absolument la même ; elle ne siège pas exactement dans la fosse iliaque et ne s'irradie pas vers l'épigastre. Nous ajouterons que dans l'appendicite la douleur est le plus souvent rapportée par la malade au niveau ou autour de l'ombilic et que si du bout du doigt, on vient à déprimer la paroi au niveau du siège présumé de l'appendice, au point de Mac Burney, aussitôt la douleur devient plus vive, exquise, pathognomonique. Les douleurs spontanées s'irradient bien vers l'épigastre, comme le dit Déaven, mais cela peut aussi se voir, bien que moins souvent, dans la salpingite. Dans celle-ci, le siège et les irradiations de la douleur ne sont pas les mêmes. Les malades la localisent plus bas, au-dessus du pli de l'aine, à l'endroit précis où siègent les annexes. Tandis que dans l'appendicite, il est rare que les malades ne localisent pas leur douleur dans la moitié droite du ventre, dans la salpingite, elle est presque toujours bilatérale, tout en étant généralement prédominante d'un côté, le gauche le plus souvent. Si cette douleur peut être au moment des poussées aiguës de périsalpingite, violente, aiguë, lancinante comme dans l'appendicite, elle s'atténue toujours par le repos, la position couchée, contrairement à la douleur appendiculaire. Enfin la menstruation a sur les douleurs salpingiennes une influence remarquable et c'est le plus souvent durant les deux ou trois premiers jours qui précèdent les règles qu'elle prend un caractère d'acuité extrême. Mais nous avons vu plus haut que les crises d'appendicite pouvaient coïncider avec le molimen cataménial, ce n'est donc pas là un caractère sur lequel il faudrait se fier. Nous avons déjà dit que les irradiations n'étaient pas les mêmes dans la salpingite ; elles se font, en effet, vers les cuisses, les lombes ou la région sacrée, notamment au voisinage de la partie supérieure et un peu interne des articulations sacro-iliaques (Bouilly). Enfin, par la palpation bi-manuelle, pour peu que la pression soit forte, on réveille dans toute la douleur salpingienne, mais surtout dans la portion qui répond à l'ovaire, une douleur spéciale, exquise, disait Gallard *(Leçons cliniques sur les maladies des ovaires)*.

Les vomissements de l'appendicite, dit Déaven, constituent aussi un excellent signe différentiel. On a relaté cependant dans la salpingite un état nauséeux presque continu, parfois des vomissements. D'autre part, si dans l'appendicite et nous parlons de l'appendicite simple qui reste, cliniquement du moins, cantonnée aux parois de l'organe, l'apparition de la douleur est le plus souvent accompagnée de vomissements, ils peuvent pourtant manquer et être remplacés par un simple état nauséeux.

Enfin, dit Déaven, la palpation de l'abdomen et le toucher vaginal viennent compléter avantageusement le diagnostic. C'est en effet au palper bimanuel qu'il faut demander la clef du problème dans les cas

difficiles et même on devra y avoir recours dans tous les cas indistinctement. Une lésion des annexes ne pourra guère échapper à une exploration bien conduite suivant les règles de SCHULTZE, durant l'anesthésie. Quand avec la sensation d'un cordon dur et plus ou moins adhérent aux parois du bassin, répondant à la trompe en situation normale ou prolabée dans le DOUGLAS et des antécédents avérés de métrite, on trouvera une douleur fixe au niveau des annexes, s'accompagnant de temps à autre de poussées aiguës de périsalpingite, on pourra diagnostiquer avec certitude une salpingite (POZZI) ; on soupçonnera la purulence si les phénomènes rationnels ont une acuité extrême et si le point de départ est une blennorrhagie récente ou réchauffée par une infection septique post abortum. Dans l'appendicite, à moins qu'il ne s'agisse d'un appendice descendant, le toucher vaginal restera négatif ; il devra céder le pas au toucher rectal.

La différenciation de l'appendicite, nous ajouterons de l'appendicite avec péritonite enkystée, est, dit encore DÉAVEN, plus difficile avec le pyosalpinx ou un abcès de l'ovaire, du moins si l'on s'en tient à l'observation des symptômes généraux et à la palpation abdominale. — Toutefois la soudaineté des accidents, ajoute-il, parle en faveur d'une appendicite et le toucher vaginal donne, à coup sûr, une indication très importante.

Nous avons déjà dit que si le début brusque était plus fréquent dans l'appendicite, des phénomènes péritonéaux pouvaient aussi éclater brusquement dans un pyosalpinx, torpide jusque-là, quand il y avait issue de pus dans le péritoine pelvien ou simplement inflammation vive périphérique, en un mot au moment de la transformation du pyosalpinx ou de l'abcès de l'ovaire en abcès pelvien. Les symptômes généraux sont alors les mêmes que dans la péritonite enkystée d'origine appendiculaire. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que si le pouls est souvent filiforme dans le cas de pyosalpinx diffusé, il garde presque toujours sa force et sa plénitude dans l'abcès périappendiculaire. Quant à la fièvre, si elle est vive dès le début dans les deux cas, elle affecte de préférence le type rémittent à exaspérations vespérales dans le pyosalpinx. Mais on comprendra que ce sont là des caractères qui n'ont rien d'absolu.

La palpation abdominale isolée, comme le fait entendre DÉAVEN, ne donne que des renseignements incertains. En effet, dans l'appendicite, comme dans la salpingite, on peut constater un *plastron abdominal*. Lorsque dans l'appendicite, la douleur n'est pas assez violente pour rendre impossible la palpation du ventre, celle-ci fait reconnaître, vingt-quatre ou trente-six heures après le début des accidents, l'existence dans la fosse illiaque droite d'une tuméfaction quelquefois collée contre la fosse iliaque interne et la face profonde de la paroi abdominale antérieure donne à la main la sensation d'un plastron induré. Eh bien, ne sait-on pas qu'il peut en être de même de certaines salpingo-ovarites kystiques, surtout de pyosalpinx, ayant déterminé autour d'eux des adhérences intestinales ou épiploïques. Dans l'un comme dans l'autre cas, on peut donc percevoir une masse fibreuse indurée, intimement accolée à la paroi abdominale ; en un mot le plastron abdominal leur est commun.

Le toucher vaginal, dit DÉAVEN, donne *à coup sûr* une indication très importante. Nous allons voir.

Dans certains cas de pyosalpinx volumineux ayant déterminé des poussées inflammatoires dans le péritoine pelvien et le tissu cellulaire péri-utérin, le palper bi-manuel fait constater que l'utérus a perdu sa mobilité normale, qu'il est fixé, enclavé complètement dans une masse qui remplit le petit bassin tout entier, comme une véritable coulée de ciment. L'utérus, devenu ainsi solidaire de la tumeur, peut être dévié en différents sens, suivant le siège principal occupé par cette dernière.

Eh bien, tous ces caractères peuvent se retrouver dans l'appendicite à forme pelvienne avec péritonite enkystée. LUTAUD a rapporté à ce sujet une observation bien intéressante dans le *Journal de Médecine de Paris* (18 avril 1897) et que nous allons résumer :

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, qui avait éprouvé depuis quatorze ans plusieurs crises péritonéales, dont la première avait débuté brusquement par une douleur tellement vive que la malade avait dû s'aliter immédiatement. A l'examen, LUTAUD trouve l'utérus enclavé dans une masse de tumeurs en apparence fluctuantes ; la plus volumineuse s'étendait à droite et semblait remonter très haut. Il y avait en même temps de la pyurie gonococcique. Il diagnostique un phlegmon péri-utérin d'origine utérine et occupant vraisemblablement le ligament large droit. La fistule qui faisait communiquer l'abcès avec la vessie s'étant bouchée et la femme en ayant éprouvé une exacerbation de tous les symptômes et notamment un retour de la fièvre qui atteignit 39°5, on

pratique l'opération de Péan. L'utérus et les annexes sont trouvés sains, à la grande surprise de Lutaud et l'on tombe dans une cavité d'abcès considérable remontant à trente centimètres, jusqu'au voisinage du foie. L'auteur ajoute que l'étude des antécédents, quoique imparfaitement connus, le début brusque de la maladie, la parfaite intégrité de l'utérus et des annexes, l'énorme étendue de la poche de l'abcès lui permettent d'assigner à cette tumeur une origine péricœcale.

Nous aurions pu citer bien d'autres observations, mais nous croyons que celle-ci est assez typique pour nous montrer que même le toucher vaginal ne peut nous fournir, dans certains cas, la clef du diagnostic et que seul alors l'interrogatoire révélant une endométrite antérieure pourra nous mettre sur la trace de la vérité. Encore est-il que certaines salpingites d'origine intestinale auront pu parfaitement s'installer, sans avoir été annoncées par le syndrôme utérin.

Pour fermer ce paragraphe, nous dirons que Déaven dit que chez les jeunes mariées à tempérament névrosique, les menstruations s'accompagnent parfois de douleurs imprévues et fort vives. Le mal est paroxystique et peut s'accompagner de nausées ; en même temps la paroi abdominale devient raide et semble recouvrir un foyer abdominal. En ce cas, les accidents sont bilatéraux et apparaissent au moment des règles. Pourquoi ces phénomènes de péritonisme paramenstruels ne pourraient-ils pas s'observer chez les jeunes filles ?

III. — Le toucher rectal est un moyen d'exploration qu'il ne faut pas négliger dans l'intérêt du diagnostic et surtout du traitement, car il est évident que si l'on sent une collection bomber à travers la paroi antérieure du rectum, on pourra se servir de cette voie (opération de Jaboulay) pour donner issue au pus ; cette observation dans le cas d'abcès profonds rétrocœcaux et prérectaux donne évidemment à la malade plus de chances de s'en tirer) puisqu'elle n'expose pas à l'infection péritonéale, comme la laparotomie, éventualité qui nous paraît presque fatale, quelque précaution que l'on prenne, à moins que la collection purulente ne soit superficiellement située. D'autre part, ce drainage par la voie rectale devra certainement être préféré au drainage vaginal, lorsqu'il s'agit de femmes vierges ou nullipares, à périnée épais et à vagin étroit. Si nous avions fait ce toucher rectal, peut-être aurions-nous pu sauver notre malade.

IV. — Dans la forme phlegmoneuse à marche plus ou moins lente et insidieuse, aussi bien que dans la septicémie péritonéale suraiguë, le mieux est de s'abstenir de tout traitement médical et de s'adresser tout de suite au bistouri, car si on peut ne pas avoir à regretter sa temporisation lorsqu'il se forme un abcès ilio-inguinal, il n'en sera plus de même lorsqu'il se formera des abcès profonds comme dans notre cas, poches dont l'ouverture par la voie abdominale exposera presque fatalement à une infection péritonéale post-opératoire, si légère soit-elle.

Toutefois, quand on interviendra pour une raison ou pour une autre après la collection de pus, une contre-ouverture lombaire, dans le cas d'abcès rétrocœcal donnera toujours plus d'efficacité au drainage.

Dans le cas de collections multiples, l'incision classique ne donne pas assez de jour ; peut-être une double incision latérale, à la manière de Peyrot, serait-elle indiquée ; en tout cas elle permettrait de faire plus facilement le drainage et les lavages.

S'il se déclare, pour une cause ou pour une autre, une péritonite infectieuse post-opératoire, il ne faudra pas hésiter à pratiquer la réouverture du ventre sur la ligne médiane, comme le veut Poncet, et un large drainage et cela le plus tôt possible. Mais il ne faudra pas vouloir trop bien faire et s'abstenir de toute tentative de lavage et d'éviscération (*Echo de Lyon*, 1898, n° 8). De telles complications opératoires ne peuvent qu'augmenter le collapsus et le rendre rapidement mortel. Une incision du cul-de-sac postérieur du vagin avec drainage permanent viendra compléter la réouverture abdominale dans le cas d'exsudation péritonéale abondante. C'est alors que les injections chaudes, salées, intra-veineuses, sous-cutanées peuvent être utiles.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Puscariu pense avoir trouvé l'agent pathogène de la rage.

Société de Chirurgie. — M. Monod. La méthode de Lorenz dans le traitement des luxations congénitales de la hanche donne de bons résultats.

Société de Biologie. — M. Charrin. Le pancréas joue un grand rôle dans la destruction des toxines du tube digestif.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Sevestre. Les spasmes permanents du larynx consécutifs à des tubages prolongés sont dus à des ulcérations de l'espace sous-glottique.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Mars 1899

Présidence de M. le docteur CARLIER, *président.*

Néphrectomie sous-capsulaire pour ancienne pyonéphrose

M. **Carlier** présente un malade de son service chez lequel il a pratiqué une néphrectomie sous-capsulaire par le procédé d'OLLIER.

Ce malade était entré pour la première fois à l'hôpital Saint-Sauveur, en juillet 1896, pour de la dysurie. Il était en effet rétréci, ce qu'expliquaient des blennorrhagies antérieures et un traumatisme de l'urètre survenu six semaines auparavant. Depuis quelques mois, l'état général du malade laissait à désirer; la grande quantité de pus contenue dans les urines, la douleur au niveau du rein gauche, qui était volumineux, permirent de diagnostiquer facilement une volumineuse pyonéphrose.

M. Carlier fit à ce moment une néphrectomie qui donna issue à 500 ou 600 grammes de pus. Les suites opératoires furent normales, mais le malade avait conservé une fistule lombaire presque uniquement purulente.

Une tentative faite en juin 1897 pour guérir la fistule échoua.

Le malade reprit son métier de charretier et conservait néanmoins un excellent état général, lorsqu'en décembre 1898 il fut pris de fièvre et de vives douleurs dans le flanc gauche et partie gauche des bourses. Celles-ci devinrent grosses, mais bientôt du pus s'évacua spontanément à ce niveau.

Quelques jours après le malade entrait à la Clinique des maladies des voies urinaires, et on constatait un abcès dans la bourse gauche et à la partie inférieure du flanc du même côté. Il paraissait évident que le pus, provenant de la périnéphrite gauche, avait fusé dans la fosse iliaque et de là dans les bourses en passant par le canal inguinal.

Le malade se décida alors à accepter l'ablation du rein gauche, ce à quoi il s'était toujours refusé jusque-là. Cette néphrectomie fut faite le 19 janvier par la voie lombaire. L'incision permit de constater que le rein, toujours fistuleux, était enveloppé d'une coque extrêmement épaisse de tissu lardacé, criant sous le bistouri. Il ne fallait pas songer à enlever cette coque entière avec le rein, car elle adhérait de toute part, aussi bien au diaphragme qu'à l'intestin. Aussi M. CARLIER eut-il recours au procédé sous-capsulaire d'OLLIER. Une fois la capsule propre du rein reconnue et incisée, le rein se laissa décortiquer presque aisément. Une pince fut laissée à demeure sur le pédicule. Les suites opératoires furent simples, urines normales, apyrexie, mais il fallut deux mois pour la cicatrisation complète de la plaie.

Quant au rein, il était représenté par un moignon gros comme un œuf de canard, et composé d'un tissu dense, criant sous le bistouri, et au milieu duquel se trouvaient trois cavités pleines de pus et à parois anfractueuses du volume d'une noix.

Actuellement les urines du malade sont absolument limpides et renferment 18 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

M. CARLIER insiste beaucoup sur les avantages de la méthode sous-capsulaire d'OLLIER ; il est bien évident que c'était le seul procédé qui fût possible chez son opéré.

M. Moty fait remarquer que l'ablation d'un rein, même quand il est très petit, doit toujours laisser une certaine inquiétude sur les suites immédiates de l'opération.

Si par hasard le rein chargé de l'élimination totale de l'urine n'était pas complètement perméable, il pouvait survenir des accidents d'urémie.

M. Moty en a observé un cas, et à l'autopsie il a trouvé un rein kystique.

M. Carlier répond que, en effet, les lésions kystiques exposent à des accidents consécutifs fréquents. A ce propos, il résume l'observation d'un malade qui succomba à la suite de la taille hypogastrique, avec des symptômes d'anurie. A l'autopsie on trouva trois ou quatre petits kystes dans chaque rein. Il est à noter qu'avant l'opération le malade présentait de la polyurie. Ce qui est conforme à la pensée de M. GUYON : « Un malade est d'autant plus près de l'anurie qu'il présente de la polyurie. »

Mais ce n'est pas là le cas du malade présenté aujourd'hui ; on s'était en effet assuré de l'intégrité de l'autre rein.

De l'intervention hâtive dans les abcès volumineux du foie

M Lambret résume l'observation d'un malade entré à l'hôpital Saint-Sauveur pour un abcès du foie. « Lorsque » je vis ce malade le 20 mars, il présentait un faciès grippé, » un pouls très rapide (130 pulsations), les extrémités » froides, de l'hypothermie. A l'examen de l'abdomen, je » découvre une saillie volumineuse de la région hépatique. » La matité hépatique descend à quatre travers de doigt » au-dessous des fausses côtes. Le ventre ballonné, dou- » loureux, contient du liquide ; tous ces symptômes font » émettre l'hypothèse de péritonite. Ce malade était envoyé » du service de médecine où, le 16 mars, on avait porté le » diagnostic d'abcès du foie, diagnostic confirmé par une » ponction exploratrice avec la seringue de PRAVAZ.

» Malgré le mauvais état général, je me décidai à inter- » venir. L'abcès est incisé largement et drainé, mais le » malade meurt peu après l'intervention.

» L'autopsie démontra des lésions de péritonite généra- » lisée : l'abdomen est rempli d'un pus rougeâtre, analogue » à celui que j'ai évacué pendant l'opération. Il est évident » que dans ce cas le pus a suivi le trajet fistuleux produit

» par l'aiguille de la seringue de PRAVAZ et envahi le » péritoine, provoquant ainsi la péritonite à laquelle » succomba bientôt le malade. »

M. Deléarde répond à M. LAMBRET qu'il ne sait à quoi attribuer le laps de temps considérable écoulé depuis le jour de la ponction exploratrice, jusqu'au moment de l'admission du malade dans le service de chirurgie. La ponction fut faite, surtout pour confirmer le diagnostic, car le malade avait présenté en même temps quelques symptômes de kyste hydatique du foie.

M. Moty a observé que les abcès du foie guérissaient d'autant mieux qu'on les opérait plus loin des colonies, c'est-à-dire après la période aiguë. Dans le cas présent, on se trouvait dans des conditions favorables, puisqu'il y avait treize ans que le malade avait quitté le Tonkin, mais les dimensions de l'abcès étaient trop volumineuses. De plus, il y avait un état infectieux grave, occasionné non pas par action microbienne, puisque le pus était aseptique, mais par des substances toxiques entraînées par le pus.

M. Deléarde fait remarquer que, d'après le malade, on se trouverait en présence d'un abcès du foie récidivant.

M. Moty ajoute qu'on observe souvent des hépatites inflammatoires aiguës, disparaissant rapidement sans suppurer, mais chez lesquelles il peut survenir plus tard un réveil de ces anciens foyers, et par suite la formation d'un abcès du foie.

M. Carlier, résumant la discussion, dit qu'en présence d'un abcès du foie, le plan d'action doit être celui que l'on exécute en face d'une hernie étranglée : chercher à réduire par le taxis, prêt à intervenir chirurgicalement en cas d'échec. De même pour les abcès du foie, une fois la ponction exploratrice confirmant le diagnostic, il faut immédiatement opérer et évacuer la cavité de l'abcès.

Tumeur volumineuse du médiastin

M. Duvivier, externe des hôpitaux, présente, au nom de MM. CARRIÈRE, agrégé, et RAVIART, interne, une pièce anatomo-pathologique, recueillie dans le service de M. COMBEMALE.

« A son entrée à l'hôpital, le malade présentait des » symptômes peu nets, qui laissèrent le diagnostic en » suspens ; accusant de la toux, une légère dyspnée ; à » l'auscultation : respiration puérile à droite ; à gauche, » souffle, bronchophonie. Vers le 1er février, le malade » montre une tumeur dure et douloureuse au niveau des » articulations des deux premières côtes avec le sternum. » En même temps on constate une augmentation de la » dyspnée, déplacement du cœur vers la droite et tous les » symptômes de tumeur du médiastin (inégalité pupil- » laire, troubles de la phonation, douleur vague, etc.). » Puis surviennent des crises de dyspnée de plus en plus » intenses, auxquelles le malade finit par succomber, » après que de l'œdème eût envahi le bras gauche, la face, » puis les membres inférieurs.

» A l'autopsie on découvre une tumeur thoracique englo- » bant tous les organes du médiastin, comprimant les » vaisseaux sanguins, les bronches, les sympathiques, le » pneumogastrique, l'œsophage, infiltrant le poumon, pre- » nant son point de départ probable sur le manubrium du » sternum.

» Un examen microscopique hâtif de la tumeur permet » d'affirmer que l'on se trouve en présence d'un sarcome » globocellulaire. Dans le rein existaient quelques noyaux » secondaires sarcomateux ; sur l'arachnoïde siégeaient » également quelques points métastatiques très petits.

M. Combemale insiste sur l'évolution rapide de la tumeur, qui, en moins de trois mois, a pu envahir le médiastin tout entier.

M. Moty émet l'idée que peut-être cette tumeur n'est qu'une tumeur secondaire, la lésion primitive siégeant dans le rein, mais ce n'est là qu'une hypothèse que l'analyse microscopique confirmera peut-être.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCES DE THÈSES

M. L.-J. FAUCHER, d'Avignon (Vaucluse), a soutenu le lundi 26 mars, sa thèse de doctorat (5me série), n° 115), intitulée : **Étude clinique sur le diagnostic différentiel des différentes formes de la grippe.**

— M. P.-J-B-C.-J. THULLIEZ, de Busnes (Pas-de-Calais), a soutenu, le lundi 20 mars, sa thèse de doctorat (5e série, n° 116), intitulée : **Contribution à l'étude des tumeurs érectiles des paupières.**

— M. L.-V.-J. THILLIEZ, d'Hinges (Pas-de-Calais), a soutenu, le mercredi 22 mars, sa thèse de doctorat (5e série, n° 171), intitulée : **Résultats éloignés de la résection tibio-tarsienne (complète ou incomplète) dans les cas de tumeur blanche du cou-de-pied chez les enfants.**

— M. P.-A. CATTAERT, de Lille (Nord), a soutenu, le samedi 25 mars, sa thèse pour le titre de pharmacien de 1re classe (1re série, n° 10), intitulée : **Contribution à l'étude des ténias trièdres.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Ont été élus membres correspondants nationaux : MM. AUFFRET (de Brest) ; FORGUE, de Montpellier.

HOPITAUX ET HOSPICES

Paris. — Ont été nommés médecins des hôpitaux : MM. les docteurs DUPRÉ, AVIRAGNET, LAMY. Nos lecteurs ont gardé le souvenir du remarquable article de M. DUPRÉ, sur la *maladie hémorrhoïdaire* et féliciteront avec nous l'heureux élu de ce difficile concours.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 116. Troisième Année, N° 14. Le Numéro : **10** centimes. 2 Avril 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Les folies maniaques

par le docteur **P. Kéraval**, médecin en chef de l'asile d'Armentières

Après nous être expliqué au sujet de la manie aiguë (1), nous avons à parler des psychopathies dans lesquelles on constate des éléments symptomatiques semblables. Nous avons déjà spécifié que la manie aiguë est un type clinique intermédiaire, quant à la forme et quant à l'évolution, entre l'excitation maniaque et le délire aigu, mais nous avons eu soin de faire ressortir qu'entre ces trois affections il y a une différence radicale tenant, sans nul doute, à une question de nature. C'est ce que va montrer la description suivante : nous allons essayer de mettre en relief les caractères de l'excitation maniaque, du délire aigu, de la manie chronique, de la manie rémittente et de la manie intermittente.

I. **Excitation maniaque.** — Ces deux mots impliquent la définition. Il y a, non plus agitation, comme dans la manie, mais de l'excitation. L'épithète maniaque signifie que cette excitation est tout aussi incoercible que l'agitation de la manie.

Mais ce paraît être une maladie à part qui, contrairement à la manie, se montre le plus habituellement chez les héréditaires.

Au point de vue symptomatique l'excitation maniaque est une sorte d'arlequin multicolore mais toujours composé des mêmes pièces; ce sont : l'excitabilité mentale, et un état de subagitation passagère, d'ordinaire curables, qui rappellent la première période de l'ivresse.

L'individu, qui en est atteint, semble : soit un peu exagéré dans ses manières et dans ses idées, soit fort exalté dans son attitude et ses projets. Il ne tarit pas en combinaisons, en élucubrations scientifiques, artistiques, littéraires, possibles en soi, mais irréalisables au moins par leur promoteur. L'activité de son esprit est plus féconde en imagination qu'en fait, quoiqu'il ait pu arriver à certains sujets de valeur, atteints d'excitation maniaque en pleine période créatrice, que, sous l'influence de cette exagération morbide du travail de la pensée, il soit sorti de leur cerveau quelque conception utile et originale. Il est d'ailleurs certain qu'il y a loin de ce mode d'hypersécrétion cogitative au déchaînement prodigieux de l'idiogénèse de la manie aiguë, enfantant les idées avec une telle rapidité qu'elles n'ont plus le temps de se joindre.

La suridéation est, dans l'excitation maniaque, assez réglée pour qu'elle ait le loisir de s'exprimer en des phrases, où le jeu des souvenirs tient une place hono-

(1) *Echo médical du Nord* 1898, n° 33, p. 391, et n° 42, p. 495.

rable, l'excité maniaque récitant souvent des tirades d'auteurs français et étrangers avec une extrême précision — où la verve est intarissable — où le discours est émaillé de traits d'esprit caustiques, d'anecdotes curieuses. Les esprits de ces malades sont également étincelants.

Mais le diapason de ces manifestations est mobile, changeant. On y rencontre encore des idées de grandeur, des idées ambitieuses ; on y voit la vanité, l'orgueil, la prétention de succès moraux ou pécuniaires, de possessions richissimes, le disputer à l'amertume d'échecs attribués par le verbeux orateur à la malveillance et à la persécution, mais ces dernières idées sont aussi exagérées ou fictives que les premières : idées de grandeur, idées ambitieuses, idées de persécution suffisamment cohérentes, mais non organisées, non systématisées.

Par contre, certaines espèces confinent à une demi-systématisation généralement ambitieuse, tissée de combinaisons inventives, de projets de haute politique, d'allégations érotiques.

L'excité maniaque est un postiche d'homme affairé, qui en impose aux profanes pour un individu actif, peut-être simplement exubérant, alors que, bien étudié, il est, en réalité, un impuissant. Il n'est pas rare que l'on surprenne chez lui des illusions sensorielles et mentales comparables à celles de la manie aiguë, mais bien moins vives et moins fantastiques. Ce sont de tels malades qui ont servi de matériaux à l'édification du syndrôme de la manie ambitieuse (Baillarger) et de la manie érotique, hélas ! fréquemment symptomatiques de la paralysie générale. Le diagnostic en devient aisé quand il perce dans le verbiage et dans les actes des sentiments mauvais, des instincts pernicieux. Que de natures méchantes, obscènes, orgueilleuses, processives, prodigues, haineuses, emportées, violentes, perfides, que de dipsomanes, que de céladons, rentrent dans le cadre de l'excitation maniaque !

Les exagérations que nous venons d'indiquer, de concert avec les renseignements obtenus, viennent éclairer le médecin qui serait tenté de croire à une entité normale, à un cerveau puissant, supérieur, toujours aussi actif. Au surplus, presque constamment il s'y joint une suractivité physique qui trahit la morbidité psychique. Parfois même il existe, simultanément, des phénomènes témoignant d'une congestion encéphalique ; tels : l'inégalité des pupilles, des tremblements, une légère hésitation de la parole, justifiant l'expression de folie congestive et accusant le trouble circulatoire correspondant. En ce cas, on sera en droit de soupçonner un début de paralysie générale dont l'excitation maniaque est, répétons-le, souvent symptomatique.

Evolution. — L'excitation maniaque aboutit d'ordinaire à la guérison ; rarement elle passe à l'état chronique ; quelquefois elle est suivie d'un véritable accès de manie pure.

Cette marche indique que le pronostic en est, en général, bénin. Elle guérit, en effet, mais il n'est pas rare qu'elle soit symptomatique : de la folie à double forme, de la manie intermittente, affections qui se prolongent, comme on sait, au même titre que la syphilis, pendant une longue période de la vie, en plusieurs actes ; — de la paralysie générale, auquel cas, à la suite de plusieurs accès d'excitation maniaque, la paralysie générale arrive à s'établir définitivement, avec son cortège de signes physiques ; — de l'hystérie, etc., etc.

Anatomie pathologique. — L'excitation maniaque tient-elle à des lésions organiques du cerveau qui lui soient propres ? Les rares, très rares, autopsies de malades morts, le plus habituellement, subitement, sans cause, ou pour une cause accidentelle, en état d'excitation maniaque, présentaient de l'hypérémie cérébrale. Celle-ci, pour être plus circonscrite que l'hypérémie cérébrale de la manie aiguë, n'en laisse pas moins subsister les mêmes questions insolubles : en admettant que le microscope ne révèle pas le substratum du début d'une autre affection génératrice du syndrôme excitation maniaque, ce qui pourrait bien devenir la règle, grâce au perfectionnement de nos méthodes et de nos instruments, l'hypérémie était-elle la cause ou l'effet de l'excitation constatée pendant la vie ? Nous n'en savons exactement rien.

Diagnostic. — Quoi qu'il en soit du peu que nous avons nettement perçu et que les progrès de la clinique, plus judicieuse, ont fixé *ad valorem*, s'impose, en présence de l'excitation maniaque, au médecin, le devoir d'établir le diagnostic, dont l'importance découle de la description précédente.

La forme de l'excitation lui permet d'éliminer, sinon d'emblée, au moins assez vite, la manie aiguë ; l'excité se possède assez pour coordonner mille idées

en une série de textes relativement dissertés, tandis que l'agité maniaque est débordé par l'excès de la cogitation et devient sous peu un désordonné intellectuel et un désordonné moteur. L'excité émet plusieurs sujets de concepts prolixes au lieu d'une série bien assise, qui est l'apanage de l'homme normal ; mais l'agité, lui, ne peut plus émettre que des propositions tronquées par suite de l'excès de rapidité de l'idéation et n'est plus en état de suivre le fil de ses idées par trop pressées.

Chercher dans les éléments de l'excitation ce qui pourrait appartenir au délire ambitieux du paralytique ou de la folie systématisée est affaire de patience. Il faut dépister les signes physiques de la paralysie générale pour résoudre la première question. On doit, en ce qui concerne le second problème, attendre que l'excitation maniaque se soit atténuée, car cette atténuation laisse apparaître le système organisé des assertions du délirant chronique proprement dit. Mais, dans les deux cas, en tout état de cause, le délire ambitieux n'apparaît point d'emblée, primitivement, il est secondaire à d'autres incidents morbides que l'on apprend en faisant l'histoire du malade ou en recherchant les renseignements propres à la reconstituer. Et l'observation patiente de l'évolution tranche, sans peine, la difficulté inhérente au rôle symptomatique ou non de l'excitation maniaque en litige.

Les nuances de chacune des catégories considérées ressortiront des plus nettes à la suite de l'étude précise et détaillée de la paralysie générale, de la folie à double forme, de la folie rémittente ou intermittente, du délire systématisé, des épisodes syndromiques de la dégénérescence mentale, des névroses, avec lesquels l'excitation maniaque affecte des rapports.

Traitement. — Étant donné un excité maniaque, que faire? Il est à craindre que, s'il demeure en liberté, il ne passe de la parole aux actes et n'essaie de mettre à exécution, ne mette même à exécution l'un des multiples projets qu'il expose d'abondance. Il a perdu tout discernement, et, plus il reste libre de ses actions, plus son activité pathologique, surchauffée du reste par des excès possibles, l'entraîne à des décisions fâcheuses, regrettables. Voyant faux, il peut compromettre sa situation, au point de vue matériel et financier, la situation de sa famille. Il est donc indispensable de le placer dans un asile d'aliénés.

Que l'excitation maniaque soit fonction de la dégénérescence mentale, versant dans un épisode délirant, d'une psychopathie rémittente ou intermittente, d'un délire chronique dissimulé ou inaperçu jusqu'ici, d'une paralysie générale en préparation ou en voie d'acheminement, il convient de le réduire à l'impuissance sociale, il convient de le calmer. Ces deux indications, urgentes, ne peuvent obtenir de sanction que par le placement du malade dans un établissement spécial. Le reste du traitement, à l'asile, se confond avec celui de la manie aiguë.

II. **Délire aigu.** — Affection mystérieuse dans sa nature, dans son essence, elle est, cliniquement, la plus haute expression de la manie. On l'a récemment décorée du nom de confusion mentale aiguë, ou suraiguë (1) ; mais cela n'a pas changé la modalité des desiderata à remplir à son sujet.

La manie suraiguë, la confusion mentale suraiguë (Chaslin et les auteurs allemands), le délire aigu est, comme on l'a dit, le plus généralement la suite des commotions intérieures produites chez l'homme par de grandes perturbations morales ou physiques, elle est souvent en rapport avec la paralysie générale, et toujours l'expression de profonds désordres organiques. Il ne s'écoule pas d'année, à l'asile d'Armentières, où nous n'assistions au terrifiant spectacle de sa marche rapide et de son dénoûment mortel, chez des paralytiques généraux, jusque-là soi-disant indemnes, chez des alcooliques qui, d'après leurs parents, n'auraient jamais commis d'excès ? Dans les services de femmes aliénées, elle procède aussi d'affections puerpérales, également souvent dissimulées. Et c'est bien réellement la confusion intellectuelle qui, avec l'agitation prodigieuse concomitante, domine le tableau morbide.

Voici comment les choses se passent :

Une période, prémonitoire, de tristesse ouvre la scène ; chacun redoute un accès de mélancolie imminent. Il est à remarquer que beaucoup de maladies mentales, bien des épisodes d'affections psychiques, à forme aiguë, commencent par un premier acte de dépression. Cette phase triste dure un temps plus ou moins long. Puis éclate, en quelques jours ou en quelques heures, une agitation d'une violence bien supérieure à celle de la manie aiguë franche. L'agitation s'accompagne de *fièvre*, la langue est sèche, le

(1) Délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de *paranoïa* par Kéraval, *Archives de neurologie*, 1895.

pouls bat 120 fois à la minute, le thermomètre marque 40°, 41° et davantage de température ; la tête est chaude, l'œil hagard ; la peau se couvre d'une sueur visqueuse. La physionomie du patient porte le masque de la terreur, il pousse des cris incessants, se jette partout et sur tout, dans un dévergondage extrême de mouvements non calculés ; il lance, de tous côtés, des fusées de crachats blancs ; incapable de manger, il rejette les aliments liquides qu'on approche de ses lèvres, et refuse même de boire, malgré la sécheresse de sa bouche et de sa langue. Les réflexes sont, pendant ce temps, exagérés ; assez souvent il se produit des attaques convulsives. La gravité d'une pareille situation peut néanmoins se dénouer par une défervescence inopinée qui, si elle arrive, permet le rétablissement du malheureux, mais sous la condition d'une convalescence longue, lente.

Si cette crise inattendue, tout aussi inattendue que l'avait été l'explosion et l'évolution brutalement ascendante que nous venons de décrire, ne s'effectue pas, le malade meurt du cinquième au dixième jour environ. La fièvre monte ou se maintient à la température extrême, déjà notée ; la langue et les lèvres se recouvrent de fuliginosités ; la respiration devient haletante ; l'haleine prend une fétidité très accusée ; le pouls bat à l'excès, dénué de force, incomptable ; c'est le coma. Incapable de sommeil, le moribond est secoué de soubresauts musculaires et tendineux, de convulsions générales et partielles. La diarrhée apparaît ; finalement, le pouls devient imperceptible, le coma devient de plus en plus profond ; des escharres larges et étendues se creusent ; une syncope ou l'épuisement nerveux terminent la scène. Ce sont là accidents du typhisme et du marasme aigu.

Il n'est personne qui, en présence d'un tel appareil symptomatique, n'ait pensé à la méningite, à la fièvre typhoïde et qui n'ait cru que l'ataxo-adynamie, dont il s'agit en somme, ne fût en partie l'œuvre de la suractivité des muscles de la vie animale, crispés, pour ainsi dire, sous l'influence d'une espèce de poison d'ailleurs inconnu, car il n'y a dans l'espèce aucune des maladies classées. C'est l'impression qu'on retire de l'observation d'un semblable tableau.

Aussi avait-on fait bon accueil à la thèse de Briand (1879) dans laquelle il était question de microbes pathogènes. Un examen plus étendu des faits soumis, depuis lors, à une investigation plus serrée et plus méthodique, au sens pasteurien, n'a pas confirmé la réalité des documents présentés à cette époque. *Jusqu'ici le délire aigu vésanique simple n'a point laissé de traces anatomopathologiques spécifiques.* Il importe de multiplier dès l'avenir les recherches chimiques et microbiologiques pendant la vie et après la mort.

Ce n'est pas à dire qu'on ne trouve pas du tout de lésions ; étant donné les substratums les plus fréquents du délire aigu, c'est-à-dire la paralysie générale et l'alcoolisme, au moins latents, il est tout à fait logique qu'on ait enregistré : des stases veineuses, de l'œdème, du gonflement, de l'imbibition des circonvolutions du cerveau et de l'encéphale ; des traînées blanchâtres le long des vaisseaux pie-mériens qui représentent l'engouement des lymphatiques, des îlots d'extravasats sanguins dans le parenchyme du tissu nerveux central ; une très forte augmentation du liquide céphalorachidien ; des congestions viscérales. Mais d'autre part ces altérations accompagnent aussi les grosses infections, les grandes maladies générales particulièrement graves, les intoxications rapides ou foudroyantes.

Diagnostic. — Le syndrôme ataxo-adynamie appartenant, sous nos climats, surtout à la fièvre typhoïde, à la méningite, à la pneumonie, c'est principalement sur ces affections-là que se portent l'attention. La symptomatologie et la marche qui viennent d'être exposées ne sont point celles de ces maladies. La courbe thermique les élimine d'emblée.

Traitement. — Soutenir les forces au moyen des toniques et de l'alimentation. Empêcher que l'agité ne s'abîme contre les objets ambiants et pour cela, le contenir et le calmer. Tels sont les buts à remplir. On maintiendra le malade à l'aide du maillot de Magnan ; on le couchera dans un lit capitonné d'une construction et d'une disposition appropriées ; on lui instillera, par l'intermédiaire d'une tasse spéciale à bec allongé, ou on lui injectera dans l'estomac, par l'intermédiaire de la sonde œsophagienne, médicaments toniques et hypnotiques, lait et bouillons, en quantités voulues. On lui aménagera, autant que possible, un milieu sombre, silencieux, mais en même temps bien aéré. On lui prodiguera les soins courants, médicaux et hygiéniques que réclament tous les marastiques, afin de prolonger le délirant au delà du terme de sa maladie.

III. Manie chronique. — Cette maladie est cons-

tituée par la persistance indéfinie, mais atténuée, des symptômes de la manie aiguë à laquelle elle succède le plus ordinairement, sinon presque toujours. Mais elle ne doit point être tenue pour le prolongement immuable de la manie aiguë, car la manie aiguë subit alors une transformation dans ses allures, qui suppose l'intervention d'un mécanisme intellectuel assez différent.

La manie chronique, en effet, se compose d'une excitation modérée, entrecoupée, à intervalles variables, par des phases paroxystiques rappelant la manie aiguë, mais accompagnée d'un délire à idées fixes, souvent systématisées. C'est ce délire fixe, souvent systématisé, qui est incompatible avec la manie aiguë à cause de l'entraînement accéléré de l'idéation dans cette dernière maladie.

L'agitation moyenne, continue, de la manie chronique, et la fixité des idées délirantes, relativement coordonnées, principalement en dehors des périodes d'agitations maniaques intervallaires, lui ont fait donner le nom de délire systématisé secondaire par l'école allemande et l'école italienne, de *paranoïa secundaria*. Le texte du délire est généralement ambitieux. Certains genres de manie chronique pourraient en effet bien être une forme particulière de délire systématisé versant rapidement dans l'excitation et l'affaissement intellectuels.

La manie chronique procèderait donc de deux branches nosologiques : celle de la manie aiguë vraie dans laquelle l'élément délirant intellectuel est nul ou à peu près ; celle d'un délire proprement dit avec excitation chronique et affaiblissement psychique imminents.

Quelle que soit la genèse de la manie chronique, elle est incurable et représente un échelon certain de la démence ; c'est pourquoi on l'appelait, il y a quelque quarante ans, démence agitée, et c'est exact pour l'affaiblissement général des facultés, accompagné d'agitation, de plusieurs modes de l'aliénation mentale.

Mais si l'on meurt maniaque chronique, on ne meurt pas, à vrai dire, de la manie chronique ; on peut vivre longtemps en proie à cette affection. Quand on en meurt, on succombe soit à une complication viscérale, soit à une complication cérébrale, du domaine de la pathologie commune.

IV. Manie rémittente et manie intermittente. — Les types que nous avons esquissés plus haut sont, dans l'ordre mental, faciles à résumer.

Un égal mélange de suractivité physique et de suractivité intellectuelle fournit le complexus morbide désigné sous le nom de manie pure, avec état d'humeur plutôt gai. Une dose extraordinaire de suractivité organique, en entraînant un véritable surmenage, une sorte de spasme de tous les éléments de l'énergie humaine jusque dans leurs rouages les plus fins, dans les délicats trabécules des appareils de la vie végétative et de l'arbre vasculaire, semble produire un empoisonnement des parenchymes et des vaisseaux, ou *mutatis mutandis*, qui se traduit par la manie suraiguë, par le délire aigu.

Un certain degré de suridéation, supérieur à la suractivité physique, suridéation dans laquelle il y a conservation relative des chaînons de l'association des idées, engendre l'excitation maniaque caractérisée par la multiplicité des conceptions qui tendent à s'organiser en un délire de satisfaction, et la turbulence. La prolifération perpétuelle de l'idéation, de concert avec l'agitation ou l'excitation, d'un cerveau fatigué, aboutit à la subagitation continue, avec tendance au façonnement de concepts délirants de persécution et de grandeur, et à l'état chronique. C'est la manie chronique.

Dans aucune de ces psychopathies il ne subsiste de coordination systématisée des conceptions délirantes ou un délire organisé, cristallisé, vigoureux.

Voici maintenant des folies maniaques à allures oscillantes. Elles se montrent sous forme d'accès, de crises paroxystiques, séparées par des périodes d'atténuations ou rémissions, ou encore par des périodes de parfaite guérison.

Ce qui en fait le cachet, c'est l'*alternance régulière*, souvent même *périodique*, entre la rémission et l'exacerbation.

Ainsi un accès de manie aiguë éclate, évolue, s'apaise ; tout semble devoir aller bien, quand un nouvel accès aigu apparaît, suivi d'une nouvelle phase d'amélioration. Et ceci se prolonge pendant plusieurs années. Chaque accès n'étant séparé du suivant que par une amélioration, on a pu dire qu'il s'agissait d'une *manie rémittente* ; c'est, en somme, une folie continue avec exacerbations.

Autre exemple : Un accès de manie aiguë se présente et s'épuise; il y a retour complet à la normale et non plus simple amélioration ; un nouvel accès aigu revient et guérit encore ; on a affaire à une *manie inter-*

mittente ; c'est une folie par accès alternant avec l'état intellectuel normal. Il y a, d'ailleurs, dans ces intermittences, des variantes, comme il en est de celles de la fièvre paludéenne. On dit donc que la manie intermittente est *vraie*, lorsque les accès et les intermittences se succèdent d'une façon régulière et identique.

Il est à noter que dans la manie rémittente ou dans la manie intermittente, chaque accès se compose, soit d'un accès de manie aiguë, soit d'un accès d'excitation maniaque, *nec plura*.

Accès à reproduction plus ou moins régulière ; accès assez identiques les uns aux autres ; accès débutant et se terminant brusquement ; accès chaque fois séparés par des rémissions ou des intermissions ; — durée de l'alternance indéfinie, n'aboutissant qu'à la longue à la manie chronique; telle est la *folie cyclique maniaque*, dont nous voulons parler. Elle s'attache principalement aux héréditaires, aux dégénérés.

Ses oscillations rappelant celle de la malaria, on avait pensé à l'identité, non pas d'origine, mais d'élément morbide, et bien qu'il ne s'agît point d'une fièvre, on s'était adressé au sulfate de quinine pour instituer le traitement. On croyait diriger contre l'alternance des accès psychopatiques, le médicament qui réussissait contre les fièvres à accès alternants. Aujourd'hui qu'on connaît bien le corps du délit de la fièvre intermittente, on comprend que le sulfate de quinine ne puisse rien sur cette forme de la folie ; le cycle nosographique n'est qu'un dessin ; c'est la cause des accès cycliques qu'il importe de chercher et de combattre.

On en est par conséquent réduit à traiter chaque accès maniaque. Il est, au surplus, des malades de ce genre qui rendent la tâche aisée parce qu'ils sentent approcher leurs accès et viennent spontanément s'interner au début. C'est intéressant à enregistrer.

Note sur une cause d'erreur dans l'analyse des urines albumineuses

par MM. E. Deroide et M. Oui, professeurs agrégés à la Faculté.

Lorsqu'on veut rechercher la présence de l'albumine dans une urine, il est de toute nécessité que celle-ci soit claire, parfaitement transparente, puisque la plupart des réactions, sinon toutes, reposent sur la formation d'un précipité ou plus souvent d'un louche.

L'urine simplement décantée, du dépôt à peu près constant qui se forme au fond des fioles ou des verres où on l'a placée, est souvent assez transparente pour pouvoir être examinée directement au point de vue de l'albumine ; si au contraire, elle est restée trouble (urates, pus), même après un repos de quelques heures, il faut alors la rendre limpide et on y arrive facilement par une ou plusieurs filtrations sur un bon filtre en papier. Il est cependant des cas où la filtration au papier ne suffit pas ; c'est quand l'urine est en voie de fermentation ou qu'elle est envahie par des micro-organismes.

On a alors recours à l'action qu'ont certains corps pulvérulents comme la craie, la magnésie calcinée, lorsqu'on les triture avec une telle urine, de former sur le filtre un feutrage qui retient toutes les matières en suspension dans l'urine et fournit un filtrat absolument limpide. On a aussi conseillé l'addition à l'urine de quelques gouttes d'une solution alcoolique de naphtaline à 5 0/0.

Nous avons eu l'occasion tout récemment d'examiner une urine qui présentait ce phénomène de rester louche après filtration ; comme elle donnait ainsi les réactions assez nettes de l'albumine (par la chaleur et l'acide acétique, l'acide nitrique, le réactif d'Esbach), nous voulûmes nous mettre dans de meilleures conditions et, pour obtenir un liquide tout à fait clair, nous nous servîmes de la magnésie. L'urine ainsi traitée et filtrée ne contenait plus trace d'albumine.

Or, il s'agissait bien d'une urine albumineuse, car outre qu'on aurait pu déjà conclure à la présence de l'albumine par les réactions obtenues avec l'urine simplement filtrée, la même urine avait été plusieurs fois analysée auparavant et elle le fut encore plusieurs fois depuis : la filtration pure et simple fut suffisante dans tous les cas et, toujours, nous constatons les réactions de l'albumine.

Nous avons, d'ailleurs, remarqué que si on n'ajoute qu'une très petite quantité de magnésie, ou quelques gouttes seulement de la solution alcoolique de naphtaline, l'urine filtrée, bien qu'appauvrie en albumine, en contient cependant encore. Il est donc vraisemblable que la magnésie retient une certaine quantité d'albumine, à l'état peut-être d'albuminate de magnésie insoluble. Il y a là, lorsque l'urine examinée est faiblement albumineuse, une cause d'erreur de laquelle il est bon d'être prévenu et que nous avons voulu signaler à l'attention de ceux qui se livrent journellement à ce genre de recherches.

Par conséquent, dans les cas où l'urine ne s'éclaircit pas par filtration sur papier, il faudra avoir recours à la filtration à travers une bougie de Chamberland. On trouve dans le commerce de telles bougies, d'un diamètre plus petit que celles qui sont employées au filtrage de l'eau, et qu'on adapte facilement sur un flacon à aspiration relié à une trompe à eau. On obtient de cette façon une urine absolument limpide, dépouillée de tout microorganisme, et qui se prête très bien aux différentes réactions de l'albumine.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Gautier. L'iode contenu dans l'atmosphère a une origine marine.

Académie de Médecine. — M. Bazy. Le rein mobile peut dans certains cas donner lieu à un ensemble symptomatique grave, une véritable cachexie néphroptosique.

Société de Chirurgie. — M. Monod croit que si le testicule ne se sphacèle pas dans la ligature des vaisseaux du cordon (dans le traitement de l'hypertrophie prostatique), c'est que l'artère déférentielle reste intacte.

— Pour M. Bazy, la résection du canal déférent reste sans effet sur le développement de la prostate.

Société de Biologie. — M. Gouget a expérimenté l'accoutumance de l'organisme aux poisons urinaires.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Stérilisation industrielle des eaux potables par l'ozone. — Du rapport présenté à la Municipalité de Lille au nom de la Commission (docteur Staes-Brame, adjoint, président ; docteur Roux, de l'Institut ; Buisine, professeur à la Faculté des Sciences ; Bouriez, expert-chimiste ; docteur Calmette, rapporteur), chargée par l'Administration municipale d'étudier la *stérilisation industrielle des eaux potables par l'ozone au moyen des appareils et procédés de MM.* Marmier et Abraham, nous extrayons les conclusions suivantes, que nous croyons devoir intéresser nos lecteurs :

L'ensemble des analyses bactériologiques et chimiques que nous avons effectuées, pendant la période qui s'étend du 10 décembre 1898 au 12 février 1899, nous conduit à conclure que :

1° Le procédé de stérilisation des eaux d'alimentation par l'ozone, basé sur l'emploi des appareils ozoneurs et de la colonne de stérilisation de MM. Marmier et Abraham, est d'une efficacité incontestable, et cette efficacité est supérieure à celle de tous les procédés de stérilisation actuellement connus, susceptibles d'être appliqués à de grandes quantités d'eau.

2° La disposition très simple de ces appareils, leur robustesse, la constance de leur débit, et la régularité de leur fonctionnement donnent toutes les garanties que l'on est en droit d'exiger d'appareils vraiment industriels.

3° Tous les microbes pathogènes ou saprophytes que l'on rencontre dans les eaux étudiées par nous, sont parfaitement détruits par le passage de ces eaux dans la colonne ozonatrice. Seuls, quelques germes de *Bacillus subtilis* résistent.

On compte environ un germe appartenant à cette espèce par 15 centimètres cubes d'eau traitée avec une concentration d'ozone égale à 6 milligr. par litre d'air. Avec une concentration de 9 milligr., le nombre des germes de *B. subtilis*, revivifiables par la culture en bouillon, s'abaisse à moins de : 1 pour 25 cent. cubes d'eau traitée.

Il importe d'observer que le *B. subtilis* (microbe du foin) est tout à fait inoffensif pour l'homme et pour les animaux ; et, d'ailleurs, les germes de ce microbe résistent à la plupart des moyens de destruction, tels que le chauffage à la vapeur sous pression à 110°. Il n'est donc pas utile d'exiger sa disparition complète des eaux destinées à la consommation et nous considérons comme très suffisante la stérilisation obtenue par l'air ozonisé avec une concentration de 5 à 6 milligr. par litre, dans les conditions où se placent MM. Marmier et Abraham.

4° L'ozonisation de l'eau n'apporte dans celle ci aucun élément étranger, préjudiciable à la santé des personnes appelées à en faire usage. Au contraire, par suite de la non augmentation de la teneur en nitrates, et de la diminution considérable de la teneur en matières organiques, les eaux soumises au traitement par l'ozone sont moins sujettes aux pollutions ultérieures, et sont, par suite, beaucoup moins altérables. Enfin, l'ozone n'étant autre chose qu'un état moléculaire particulier de l'oxygène, l'emploi de ce corps présente l'avantage d'aérer énergiquement l'eau, et de la rendre plus saine et plus agréable pour la consommation, sans lui enlever aucun de ses éléments minéraux utiles.

5° *En ce qui concerne la ville de Lille*, notre avis est qu'il y a lieu de recommander à l'Administration municipale l'adoption du procédé de MM. Marmier et Abraham, lequel, ainsi que nous en avons acquis la certitude, assurerait l'innocuité absolue et permanente des eaux d'Emmerin qui alimentent l'agglomération lilloise.

Nous pensons aussi, qu'étant donnée la sécurité de ce mode d'épuration, la ville de Lille trouverait un avantage immédiat à augmenter le débit des sources actuelles par le simple apport d'eaux de rivière, ou de canaux du voisinage, grossièrement filtrées par une digue de sable, et stérilisées

ensuite en même temps que l'eau des sources, au moyen des appareils ozoneurs.

Quelle que soit la profondeur à laquelle seront creusées les galeries souterraines de captation actuellement projetées aux environs de Lille, on ne peut affirmer que l'homogénéité du sol sera assez parfaite pour mettre sûrement l'eau collectée à l'abri des infiltrations de la surface.

Les galeries, percées dans la craie, qui alimentent la ville de Reims, nous en fournissent un exemple La teneur en germes et en matières organiques de l'eau qui s'y trouve captée varie dans des proportions considérables (de 2000 à 5000 germes par cent. cube, et de 12 à 40 milligr. de matières organiques par litre), et la fièvre typhoïde produit de fréquents ravages dans la population de cette ville.

La captation des eaux profondes, au moyen des galeries, ne donne donc pas aux hygiénistes une sécurité beaucoup plus grande que la captation des eaux superficielles.

Nous pensons, en conséquence, que, pour éviter la propagation des maladies infectieuses par l'eau d'alimentation, celle-ci doit, si elle est exposée à des pollutions, être stérilisée par un procédé efficace, tel que celui dont nous avons pu contrôler les résultats dans le présent rapport. F. C.

*
* *

Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc, par le Dr Pierre Delbet (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janv. 1899).

Delbet a utilisé les injections intra-utérines en solution forte, dans 62 cas de métrites chroniques.

Rejetant la méthode de Dumontpallier, qui a le grave inconvénient d'amener fréquemment des atrésies du col, il n'emploie pas davantage la méthode de Rheinstœdter et Brœse qui portent, dans la cavité utérine, un tampon imbibé de solution de chlorure de zinc à 50 °/₀. Dans ce procédé, en effet, le tampon s'exprime dans son passage à travers le col et on ne peut agir efficacement sur la cavité du corps. La méthode des injections n'a produit, entre les mains de Delbet, aucune atrésie cicatricielle.

Le traitement est commencé, généralement, avec une solution à 20 °/₀, portée, ensuite, à 30 °/₀. On peut débuter, cependant avec une solution à 30 °/₀, dans les cas de métrite hémorrhagique et il est même parfois avantageux d'employer le taux de 35 à 40 °/₀, d'autant que ce taux est immédiatement abaissé par le mélange du sang et de la solution.

L'injection est faite avec la seringue de Braün ou celle de Colin. La quantité de liquide injecté est de un à deux centimètres cubes. Dans les cas de métrite parenchymateuse où la cavité est très vaste, on peut aller jusqu'à trois centimètres cubes.

La dilatation préalable n'est faite que s'il y a rétrécissement simple ou par coudure, comme dans l'antéflexion congénitale. Après hystérométrie, la canule est poussée jusqu'au fond de l'utérus. On pousse alors l'injection en retirant la seringue de façon que les dernières gouttes soient injectées dans le col. Irrigation large du vagin, à l'eau boriquée ou bouillie ; puis, tamponnement lâche à la gaze iodoformée, salolée ou stérilisée.

Il faut compter, en général, pour obtenir un résultat, sur un minimum de trois injections; mais dans la plupart des cas, il faut aller jusqu'à quatre ou cinq. Dans un cas, l'auteur a dû aller jusqu'à dix.

Les intervalles entre les injections ont varié de deux à douze et même quinze jours. Les premières ont été généralement plus rapprochées que les dernières.

De l'ensemble des 275 injections qui ont été faites par lui et par ses élèves, Delbet conclut que cette méthode n'expose pas à des accidents graves (passage du liquide dans le péritoine par les trompes), à *condition d'être prudent et de s'entourer de précautions*.

Mais si les dangers n'existent pas, il y a un inconvénient réel. Les injections sont douloureuses, parfois, même extrêmement douloureuses. Ces douleurs ont, habituellement, le caractère de coliques comparées par les malades aux douleurs de l'accouchement et qui paraissent dues à une contracture du muscle utérin (?)

L'injection dans l'utérus d'une solution de cocaïne à 5 °/₀, avant et cinq minutes après l'injection de chlorure de zinc, *a paru* retarder et diminuer ces douleurs, mais sans les supprimer complètement.

Voyons, maintenant, les résultats thérapeutiques :

1° *Métrites hémorrhagiques sans lésions des annexes.* — 26 malades traitées : 2 non suivies ; 23 guéries (dont deux ayant subi antérieurement le curettage sans succès) ; 1 non guérie (curettée ensuite sans succès, puis hystérectomisée).

2° *Métrites hémorrhagiques avec lésions des annexes.* — 6 cas : 2 guérisons ; 3 améliorations ; 1 échec.

3° *Métrites glandulaires sans lésions des annexes.* — 15 cas : 8 guérisons ; 5 améliorations ; 2 échecs.

4° *Métrites glandulaires avec lésions des annexes.* — 10 cas : 2 guérisons de la métrite et probablement des salpingites ; 2 guérisons de la métrite (les annexes restant douloureuses); 2 améliorations ; 4 échecs complets.

5° *Métrites mixtes sans lésions des annexes.* — 3 cas : 2 guérisons ; 1 amélioration.

6° *Métrites mixtes avec lésions des annexes.* — 2 cas : 2 résultats nuls.

Delbet ajoute que, dans les formes dites métrites parenchymateuses, il a souvent observé une très rapide régression du volume de l'utérus. Les lésions du col ont, aussi, fréquemment rétrocédé et certains cols ont guéri, sur lesquels on aurait été tenté de faire des opérations plastiques.

En résumé, les injections de chlorure de zinc paraissent avoir une efficacité au moins égale à celle du curettage. Elles présentent, sur cette opération, l'avantage de ne pas aggraver les lésions annexielles, de n'exiger ni anesthésie, ni immobilisation, puisque les malades peuvent vaquer à leurs occupations après quelques heures de repos.

Les métrites hémorrhagiques guérissent dans la perfection ; les résultats sont moins heureux pour les métrites glandulaires.

Reste à savoir ce que deviennent les utérus ainsi traités, au point de vue de la gestation ?

Dr M. O.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecine-chirurgie. — Magnétiseurs. — Défaut de diplôme. — Exercice illégal de la médecine

Constitue l'exercice illégal de la médecine, sous le régime de la loi nouvelle du 30 novembre 1892, le fait par un individu d'exercer sans diplôme l'art de guérir à l'aide de passes magnétiques consistant en certains mouvements des bras et des mains, alors même qu'aucun médicament n'aurait été administré.

BERTOUN c. CHAMPANDUT et DESBOUIS

Le Tribunal,

Attendu que, par exploit en date du 14 octobre 1898, BERTOUN a assigné devant ce Tribunal, sous prévention d'escroquerie, CHAMPANDUT et DESBOUIS, et que par exploit en date du 10 décembre 1898, il les a en outre assignés sous prévention d'exercice illégal de la médecine ;

En ce qui concerne le délit d'escroquerie :

Attendu que BARTOUN articule que CHAMPANDUT s'est donné comme possédant des secrets mystérieux et a promis, vers la fin de mai dernier, de guérir pour le 14 juillet, au moyen du magnétisme et du spiritisme, la dame BARTOUN, atteinte de paralysie ; que CHAMPANDUT aurait prétendu qu'il consultait les esprits ; que ses pratiques et celles de DESBOUIS, loin d'améliorer l'état de la malade, aurait causé une aggravation du mal ;

Attendu que CHAMPANDUT et DESBOUIS, après avoir reçu 135 francs, ont assigné BERTOUN devant le juge de paix en paiement de 25 francs pour solde d'honoraires ;

Attendu que, d'après BERTOUN, ces faits constitueraient les délits d'escroquerie et de tentative d'escroquerie ;

Mais attendu que BERTOUN a été déterminé à s'adresser aux prévenus pour soigner sa femme, parce qu'un sieur X..., entendu comme témoin, lui a déclaré que son enfant avait été guéri par eux et lui a remis un prospectus ainsi libellé : « Clinique magnétique — Mme POPINCOURT — Traitement des maladies nerveuses et organiques, sans médicaments, par le magnétisme, le massage et l'électrothérapie, sous la direction de praticiens, élèves de l'Ecole supérieure de magnétisme, diplômés de la Faculté des sciences magnétiques de Paris ; les lundi, mardi et vendredi, de sept à dix heures du soir, et le dimanche de neuf à onze heures du matin. — Traitement public en clinique, 1 fr. ; particulier, 3 fr. On traite à domicile » ;

Attendu que l'intervention des témoins et la remise des prospectus énonçant des titres sur la valeur desquels une personne peu éclairée pouvait se méprendre, ne sauraient constituer une manœuvre imputable aux prévenus, puisque ceux-ci ne paraissent pas avoir provoqué cette intervention ; qu'au surplus, le tribunal n'a pas à apprécier l'efficacité des passes magnétiques, et qu'en supposant qu'elles dussent être sûrement sans effet comme moyen curatif, rien ne prouve que les prévenus auraient agi de mauvaise foi ; qu'en conséquence, le délit d'escroquerie n'est pas établi.

En ce qui concerne le délit d'exercice illégal de la médecine :

En fait :

Attendu que les prévenus n'ont employé comme moyen curatif pour traiter la dame BERTOUN que des passes magnétiques consistant en certains mouvements des bras et des mains sans administrer aucuns médicaments ;

En droit :

Attendu que les prévenus soutiennent qu'il leur est licite, sans diplôme de docteur en médecine ni d'officier de santé, de soigner habituellement toutes les maladies, pourvu que leur traitement ne consiste pas à administrer des médicaments ; qu'ils invoquent dans leurs conclusions l'avis exprimé par le docteur CHEVANDIER, rapporteur de la loi du 30 novembre 1892 ;

Attendu que le rapport de M. CHEVANDIER, du 11 juin 1892, contient, en effet, le passage suivant : « Récemment, un volumineux dossier nous a été remis ; il est formé des protestations formulées par les masseurs et les magnétiseurs. Où donc ont-ils vu un article qui visât leurs pratiques ? Les articles visant et punissant l'exercice illégal de la médecine ne pourraient leur être appliqués que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles et où, sous le couvert de leurs procédés, ils prescriraient des médicaments, chercheraient à réduire des luxations ou des fractures. Jamais notre intention n'a été de les viser. C'est donc mal à propos qu'ils ont pris l'alarme ! » ;

Mais attendu que l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 est conçu dans les termes les plus généraux ; qu'il interdit formellement à toute personne non munie d'un diplôme délivré par une faculté de médecine, de prendre part habituellement ou par direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, sauf en cas d'urgence avérée ; que ce texte ne subordonne pas l'existence de l'infraction qu'il prévoit à l'administration de médicaments, mais qu'il frappe, abstraction faite du mode de traitement, tout exercice habituel de l'art de guérir sans diplôme de médecin ; que le passage du rapport de M. CHEVANDIER cité en partie dans les conclusions des prévenus ne paraît pas avoir la portée que ceux-ci lui attribuent ; que ce passage semble avoir simplement pour objet d'indiquer que les pratiques magnétiques de même que les opérations de massage, ne doivent pas être considérées comme constituant par elles-mêmes l'exercice de la médecine ; que, par suite, les expériences magnétiques faites soit dans un but scientifique, soit pour constituer un simple spectacle, seraient permises à toute personne, même non munie d'un diplôme de médecin, mais que rien n'autorise à admettre que le législateur ait voulu laisser les simples magnétiseurs libres de traiter les

maladies au moyen de procédés qu'ils emploient ; qu'en effet, M. CHEVANDIER, dans son rapport, répondait à la pétition envoyée par un groupe de magnétiseurs et de masseurs, lesquels demandaient au Parlement d'ajouter au projet de loi sur l'exercice de la médecine un article qui, s'il avait été inséré dans la loi, pourrait faire absoudre les prévenus et qui était ainsi conçu : « L'action magnétique et le massage étant œuvres exclusivement manuelles, restent dans la thérapeutique naturelle au même titre que les bains, l'air et la lumière ; leurs partisans ne tomberont pas sous le coup des lois ci-dessus tant qu'ils resteront dans leurs attributions » ;

Attendu que, ni cet article, ni une disposition analogue, n'a été insérée dans la loi du 30 novembre 1892 ; que, d'autre part, la commission a rejeté un amendement de M. DAVID, député, tendant à assimiler l'hypnotisme appliqué au traitement des maladies à l'exercice de la médecine ; qu'ainsi, il n'y a pas d'argument sûr à tirer des travaux préparatoires ;

Attendu, en réalité, que d'après les explications de M. le docteur CORNIL dans son rapport au Sénat, le 31 décembre 1891, on a renoncé à énumérer avec précision les actes constituant ou ne constituant pas l'exercice de la médecine et qu'on a préféré « laisser aux tribunaux plus de latitude dans l'appréciation de l'exercice illégal » ;

Attendu que les prévenus n'allèguent pas seulement une tolérance du législateur, qu'ils invoquent de prétendus titres scientifiques et ont déposé à la barre du tribunal une sorte de diplôme orné d'un sceau et ainsi libellé :

« Université libre des hautes études. — Faculté des sciences magnétiques. — Ecole pratique de magnétisme et de massage sous le patronage de la Société magnétique de France. — Enseignement supérieur libre reconnu par décision du 26 mars 1895. — Diplôme de magnétisme, masseur-praticien. — La Société magnétique de France... Vu le certificat d'aptitude au titre de magnétiseur-masseur-praticien accordé aujourd'hui par le jury d'examen sur avis conforme des professeurs de la Faculté des sciences magnétiques à M. DESBOUIS (Charles), né a Sichès (Nièvre), le 31 mai 1844. — Vu l'approbation donnée à ce certificat par la direction de ladite faculté. Ratifiant ce certificat, donne par les présentes, à M. DESBOUIS, le diplôme de magnétiseur-masseur-praticien. Fait à Paris, le 3 juillet 1897 (suivent les signatures du président du jury d'examen, du président de la Société magnétique de Paris, et du secrétaire », etc., etc. ;

Attendu que les prévenus, en se targuant dans leurs prospectus et dans leurs conclusions devant le tribunal de ce titre de diplômé de la faculté des sciences magnétiques, s'appliquent à faire croire qu'ils ont des titres justifiant d'études sérieuses et ont acquis les connaissances scientifiques leur donnant toute compétence pour traiter eux-mêmes les maladies et faire ainsi concurrence aux médecins ;

Attendu que si leurs pratiques sont sans aucun effet sur la santé, elles peuvent, du moins, empêcher le client qui s'y fie de recourir en temps utile à un médecin dans le cas où une médication prompte et énergique serait nécessaire ; que si, au contraire, ces pratiques agissent sur l'organisme humain et produisent certains résultats, elles ne seraient pas absolument inoffensives et ne devraient dès lors être utilisées pour le traitement des maladies que par des personnes compétentes, qu'ainsi, dans l'une ou l'autre hypothèse la prétention des prévenus de traiter les maladies peut compromettre la santé et la vie des citoyens et qu'il y a intérêt public à réprimer leurs actes ;

En ce qui concerne les dommages-intérêts ;

Attendu que la partie civile n'a ni établi, ni offert de prouver que le traitement pratiqué par les prévenus ait causé l'aggravation de maladie alléguée dans la citation ; que dans ces conditions, le chiffre de 2.000 francs réclamé pour dommages-intérêts est manifestement exagéré ;

Attendu que le tribunal a dès à présent les éléments nécessaires pour fixer la somme qu'il convient d'allouer à titre de dommages-intérêts ;

Par ces motifs,

Renvoie CHAMPANDUT et DESBOUIS de la prévention d'escroquerie ;

Les déclare coupables d'avoir, en 1898, à Paris, exercé illégalement la médecine en prenant part habituellement et par une direction suivie au traitement de la maladie de la femme BERTOUN sans être munis du diplôme de docteur ou d'officier de santé, délit puni par l'art. 18 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Leur faisant application dudit article, les condamne chacun à 300 francs d'amende ; les condamne en outre solidairement à 135 francs à titre de restitution et à 100 francs à titre de dommages-intérêts envers la partie civile ;

Condamne la partie civile aux dépens, sauf son recours contre CHAMPANDUT et DESBOUIS, qui sont eux-mêmes condamnés en tous les dépens.

VARIÉTÉS

Il est désirable qu'un homme courageux, choisi de toute préférence parmi les professeurs de thérapeutique, écrive un livre, ou du moins un chapitre, sur ce thème : la « thérapeutique devant le monde », ou « la thérapeutique selon l'opinion », ou encore « la thérapeutique d'après les concierges ». Il y aurait un intérêt réel à traiter l'art de guérir d'un certain point de vue, avec franchise et sincérité. De la sorte nos petites faiblesses professionnelles seraient mises au jour, expliquées, commentées, et (chose essentielle), réduites à néant, c'est-à-dire à leur juste valeur.

Les médecins qui se refusent à prescrire des remèdes de bonnes femmes ou négligent de remplir de longues pages avec des ordonnances de haute nouveauté, d'aspect scientifique, sont bientôt considérés comme des amateurs de paradoxe, comme des ignorants, comme des insuffisants, ou comme des esprits faux, incapables de comprendre les nuances délicates et les fins détails de la pharmacologie physiologique.

Pour échapper à ces critiques humiliantes, nous avons tendance à donner satisfaction aux idées ou préjugés de nos clients les moins intelligents et les moins instruits. A force d'écouter la voix du peuple *(vox Dei)*, nous finissons par faire nôtres des théories, des systèmes et des pratiques dont l'imbécillité est manifeste pour tout vrai médecin de la vraie médecine.

Par exemple, il nous a été donné plus d'une fois d'entendre certains confrères, à la longue inféodés à la technique de la loge ou de l'office, exposer en ces termes l'observation d'un malade : « Tel jour, il y avait de la fièvre, alors j'ai donné de la quinine. Le lendemain, mon client s'est plaint de battements de cœur, alors j'ai donné de la digitale ; plus tard, j'ai constaté de l'agitation, j'ai dû donner du brômure ; enfin, un point de côté s'étant produit, j'ai appliqué immédiatement un vésicatoire... »

Si telle est notre thérapeutique, ce n'est pas que nous manquions de bon sens, d'instruction, ni d'intelligence, à la sortie de l'école. C'est tout simplement que nous avons peur de nos clients ou de leur concierge et que, de jour en jour, nous prenons l'habitude de leur céder, de leur donner à tout prix satisfaction. C'est une bonté d'âme excessive, une timidité fâcheuse, car le médecin est bon et timide. Il n'y a qu'un malheur, c'est que cette bonté, cette timidité, ce désir de plaire et cette peur de déplaire, finissent par faire dévier la thérapeutique scientifique et par transformer le médecin en un caudataire de la sage-femme, de la concierge, de la blanchisseuse ou du rebouteur.

Pendant que cette timidité nous impose des médications absurdes, elle nous empêche d'employer les remèdes sérieux à dose efficace. De crainte d'empoisonner les gens, nous administrons certaines drogues à des doses que nous envieraient les homéopathes. La quinine, lorsqu'elle est indiquée, est donnée de façon dérisoire, de peur « d'abîmer l'estomac » *(sic)*. L'opium et ses alcaloïdes, pourtant si précieux, sont pour ainsi dire mis de côté, de peur qu'ils n'amènent du sommeil ou ne suppriment la douleur. La constipation, source de tant de maux et cause de tant de morts, n'est pas combattue, parce que les purgations « affaiblissent » ou que le « corps s'y habitue ».

Voilà déjà bien des choses regrettables et beaucoup d'idées fâcheuses. Nous employons des moyens dangereux parce qu'ils plaisent au peuple (vomitifs, vésicatoires, etc.) et nous redoutons les remèdes efficaces ou à dose efficace, de crainte de nous compromettre.

Chose étrange ! Funeste erreur, comme on dit à l'Opéra ! Nous croyons avoir trouvé la preuve de la nocivité d'un médicament, quand la présence de ce médicament est reconnue dans les urines par des réactifs chimiques !

A maintes reprises, nous avons entendu cette réflexion : « Tel malade est intoxiqué par telle substance, car on l'a retrouvée dans l'urine ».

Ou encore cette recommandation : « Suspendez bien vite votre médication, car on a décelé le médicament dans l'urine ».

Et ce ne sont pas des imbéciles que nous avons entendu tenir ce langage. Ce sont des savants éminents.

Que penser des autres, alors ?

Est-ce que l'élimination par les reins n'est pas, au contraire, notre meilleure garantie contre l'empoisonnement ?

Quant à nous, si, ayant administré l'acide salicylique ou l'acide phénique, par exemple, nous n'en retrouvions pas la réaction dans les urines, c'est alors que nous nous empresserions d'en suspendre l'emploi.

Tels ne sont pas les usages. Un thérapeute sera jugé imprudent, si l'urine du malade noircit par le salol ou présente la violente réaction du salicylate de soude. Il sera absous et félicité s'il a provoqué, avec des vésicatoires, une obscure et mortelle glomérulite.

Gazette Médicale de Nantes).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Corps de santé militaire.

CONCOURS POUR L'ADMISSION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE EN 1899.

Un concours s'ouvrira, le 22 juin 1899, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire établie près la Faculté de médecine de Lyon.

Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions (nouveau régime) valables pour le doctorat et ceux munis de huit inscriptions au moins (ancien régime) valables pour le doctorat et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat. Ils doivent préalablement justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français et qu'ils ont eu, au 1er janvier de l'année du concours, moins de vingt-trois ans.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves.

Les élèves entrants font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la 4e division, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Les épreuves écrites auront lieu, les 22 et 23 juin, dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris (le 1er août), à Lille (le 7 août), à Nancy (le 11 août), à Lyon (le 16 août), à Montpellier (le 21 août), à Toulouse (le 24 août), à Bordeaux (le 29 août), à Rennes (le 4 septembre).

Le registre d'inscription sera ouvert du 1er au 27 mai 1899 dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents ou tuteurs des candidats.

Le tribunal de Lille vient de condamner Mme Boulmer à 200 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine (récidive). A ce prix-là, c'est pour rien !

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — MM. Dupuy (de Toulouse) et Imbert (de Montpellier) ont été élus correspondants nationaux.

HOPITAUX

Lyon. — M. le docteur BRET, agrégé à la faculté de médecine, a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BERMONT, de Norroy-le-Sec (Meurthe-et-Moselle) ; MONTAGNIÉ, de la Calle (Constantine) ; MONTANARI, de Nice (Alpes-Maritimes) ; MAECKLER, de Châlon-sur-Saône (Saône et-Loire) ; BRUN, de Toulouse (Haute-Garonne) : PIZOT, de Taverny (Seine-et-Oise) ; GIBERT, du Hâvre (Seine-Inférieure), correspondant de l'Académie de médecine ; Max DURAND-FARDEL, président d'honneur de la Société d'hydrologie, de Paris ; H. MORIN, de Paris ; CARADEC, médecin principal de marine en retraite ; LUCAS, ancien directeur du service de santé de la marine ; MORGON, de St-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; CHRISTIAN-CATTIER, de Trois-Moulins, près Melun (Seine-et-Marne) ; SAVORNIN, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; STEINMETZ, de St-Dié (Vosges) : A. PÉRON, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris.

M. le professeur EVANS, du Medical College de Calcutta ; M. CRICKX, agrégé de l'Université libre de Bruxelles.

Nous recevons, avec prière de l'insérer, la communication suivante :

Un modeste médecin de campagne, le docteur JEAN HAMEAU, né en 1779, mort en 1851, a été dans ces dernières années officiellement reconnu comme ayant, près de quarante ans avant PASTEUR, découvert et appliqué les principes de la théorie microbienne, si admirablement développée par l'illustre Maître, dont l'univers entier bénit aujourd'hui l'œuvre et le nom.

Les médecins de la Gironde, à la suite de la consécration des découvertes du médecin de La Teste, publiquement faite par M. le professeur GRANCHER à la cérémonie d'inauguration de la statue de PASTEUR, ont eu une pieuse idée. Ils ont voulu élever un monument à la mémoire de leur compatriote, et conserver ainsi aux générations futures le nom de celui dont le génie ouvrit la voie suivie plus tard par l'immortel PASTEUR.

Un Comité, à la tête duquel figurent des membres de l'Institut et de l'Académie de Médecine, et la plupart des professeurs de la Faculté et des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, a été chargé de vulgariser l'œuvre et de faire appel à tous ceux qui considèrent comme un devoir de perpétuer à travers les siècles le souvenir de leurs plus illustres compatriotes.

JEAN HAMEAU peut, de ce chef, compter parmi les médecins qui ont rendu à l'humanité des services exceptionnels, et les médecins girondins ont eu raison de formuler le vœu dont l'accomplissement répondra à un acte de justice : l'hommage rendu au modeste savant dont le génie et les découvertes furent un bienfait pour l'humanité entière et conduisirent PASTEUR à l'immortalité.

Les souscriptions au monument JEAN HAMEAU peuvent être adressées au journal ou directement au trésorier du Comité d'exécution, M. le Dr HIRIGOYEN, 10, rue d'Enghien, à Bordeaux.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

11e ET 12e SEMAINE, DU 12 AU 25 MARS 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	10
3 mois à un an	14	10
1 an à 2 ans	7	12
2 à 5 ans	8	8
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	2	4
20 à 40 ans	14	14
40 à 60 ans	15	15
60 à 80 ans	29	32
80 ans et au-dessus	2	4
Total	101	111

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	2	»	1	5	»	1	»	»	3	2	1	»	»	»	8	23	15
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	1	»	2	8	2	2	»	»	4	»	1	»	1	»	6	28	26
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	6	3	4	»	»	1	»	1	»	»	»	10	26	38
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	3	4	6	4	»	»	8	3	»	1	»	»	10	40	55
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	2	»	»	»	1	»	5	12	24
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	4	1	»	4	»	1	»	»	»	14	27	22
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	1	»	2	»	1	7	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	9	23	14
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	2	»	2	8	13
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	1	1	»	1	7	2	1	»	»	1	»	»	1	1	»	1	17	31
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	5
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	7
Total.	»	»	»	3	1	8	»	11	43	16	17	1	»	28	5	4	2	5	»	68	212	250

N° 117. Troisième Année, N° 15. Le Numéro : **10** centimes. 9 Avril 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

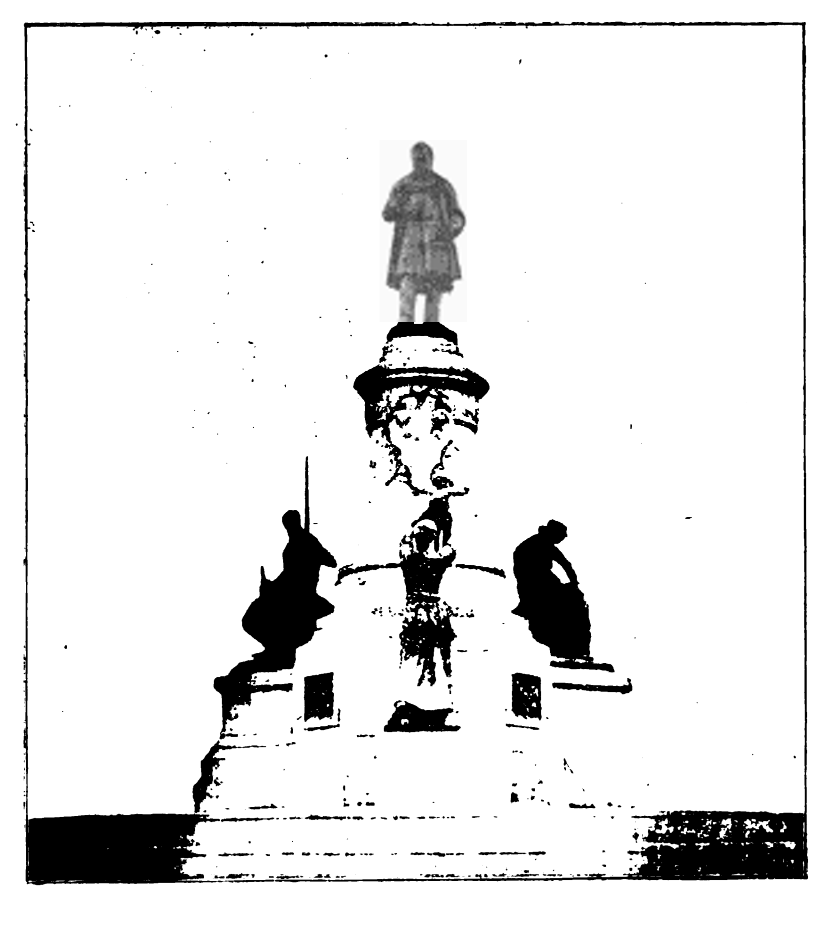
Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Inauguration du Monument Pasteur et de l'Institut Pasteur

Aujourd'hui 9 avril, sous la présidence de MM. le docteur VIGER et GUILLAIN, ministres de l'agriculture et des colonies, doit avoir lieu l'inauguration du Monument PASTEUR et de l'Institut PASTEUR de notre ville. Le programme en a été arrêté comme il suit par la Municipalité, le Conseil d'administration de l'Institut PASTEUR et le Comité du Monument PASTEUR.

A midi, arrivée des ministres, réception à la Préfecture.

A deux heures, place Philippe-Lebon, inauguration du Monument PASTEUR, remise du Monument à la ville de Lille. M. BAYET, ancien recteur de l'Université de Lille, au nom du Comité du Monument ;



M. DUCLAUX, de l'Institut, au nom de l'Institut PASTEUR de Paris ; M. AGACHE, au nom des industriels de la région du Nord ; M. DELORY, maire, au nom de la ville ; M. VIGIER, puis M. GUILLAIN, prendront la parole. Nous espérons pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs des extraits de ces discours dans le prochain numéro.

A quatre heures, visite et inauguration de l'Institut PASTEUR, boulevard Louis XIV.

A six heures, au Palais Rameau, par M. NOCARD, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, conférence scientifique.

A neuf heures, illuminations de la place Philippe-Lebon et du boulevard Louis XIV.

L'INSTITUT PASTEUR DE LILLE

Inauguré le 9 Avril 1899

Le souvenir des circonstances qui ont provoqué la création de l'Institut Pasteur de Lille mérite d'être conservé :

C'était quelques mois après la visite que M. Pasteur, déjà malade, avait voulu faire à cette ville où tout au début de sa carrière, étant professeur de chimie et doyen de la Faculté des Sciences, il avait commencé les magnifiques découvertes qui l'ont immortalisé.

Chacun de ceux qui s'étaient empressés pour féliciter l'ancien doyen de notre Faculté des Sciences, était tout pénétré d'admiration profonde pour ce savant qui venait au milieu de ses anciens amis et de ses anciens élèves, présider une réunion de la Société de Secours des Amis des Sciences.

L'impression si vive ressentie à ce moment n'était pas encore dissipée qu'on apprit tout à coup qu'un des plus distingués collaborateurs du maître, celui-là même qui l'avait accompagné à Lille trois mois auparavant, le docteur E. Roux, venait d'appliquer à la guérison de la diphtérie l'une des découvertes les plus merveilleuses et les plus fécondes de notre siècle, le traitement des maladies infectieuses par le sérum des animaux vaccinés.

Cette découverte précieuse avait pour auteur un bactériologiste éminent d'Allemagne, M. Behring, auquel le monde entier doit rendre hommage. Les travaux de ce savant s'appuyaient sur d'autres découvertes, en particulier sur celle de la toxine diphtérique par M. Roux, en collaboration avec M. Yersin, sur celle du bacille de la diphtérie par M. Lœffler, sur celle de l'hématothérapie par MM. Richet et Héricourt, et enfin, sur les méthodes pastoriennes d'où sont sorties tant d'applications heureuses à la médecine, à la chirurgie, à l'hygiène, à l'agriculture et à l'industrie !

La bonne nouvelle jeta l'émoi dans toute la France. Mais Lille, mieux que toutes les autres grandes cités, était préparée à s'émouvoir, parce que le souvenir du séjour qu'y avait fait M. Pasteur y était resté vivace, parce que la reconnaissance du peuple pour les services rendus s'y conservait très profonde, et enfin parce que, depuis cinq ou six ans, la diphtérie sévissait dans la ville avec une intensité particulièrement terrifiante.

Une souscription publique organisée aussitôt par un groupe de citoyens philanthropes, à la tête desquels se placèrent MM. Gavelle, industriel, alors premier adjoint au maire de Lille, les docteurs Barrois et Combemale, professeurs à la Faculté de médecine, provoqua dans toute la région du Nord un magnifique élan d'enthousiasme et d'admiration. Riches ou pauvres, chacun, sans distinction d'opinions politiques ou religieuses, voulut apporter son offrande, afin qu'on pût fonder dans la ville même où Pasteur avait puisé ses premières inspirations si fécondes, un institut pour la préparation des sérums thérapeutiques et pour l'étude des maladies qui déciment l'humanité.

Cet Institut, à l'édification duquel presque toutes les villes et les villages des deux départements du Nord et du Pas-de Calais ont tenu à honneur de contribuer, attestera aux générations futures que l'amour du progrès par la science et l'épargne des vies humaines ont été au premier rang de leurs préoccupations.

Avant la pose de la première pierre, qui eut lieu au mois de novembre 1895, la Ville de Lille et le Comité de souscription décidèrent, avec l'assentiment de M. Pasteur, de donner le nom de l'illustre savant au nouvel Institut.

M. Pasteur et le docteur E. Roux furent en même temps priés de confier à l'un de leurs élèves la mission d'organiser et de diriger l'établissement. Leur choix s'arrêta sur le docteur Calmette, qui avait déjà été chargé, quelques années auparavant, de créer en Indo-Chine un Institut du même genre pour la préparation des vaccins et pour le traitement de la rage.

La souscription publique réunit en quelques mois une somme de 252.000 francs, à laquelle vinrent s'ajouter bientôt d'autres sommes importantes votées par le Conseil municipal de Lille ou attribuées à l'Institut par quelques donateurs. Un terrain de dix mille mètres d'étendue fut concédé par la Ville et les bâtiments qui devaient abriter les laboratoires que nous inaugurons aujourd'hui ne tardèrent pas à s'élever.

Entre temps, les services essentiels que devait comporter le nouvel Institut s'installèrent dans des locaux provisoires abandonnés par l'ancienne Faculté des sciences, et on commença dès le mois de février 1895 à préparer sur place les sérums et les vaccins nécessaires aux divers services hospitaliers et aux médecins de la région.

Entre temps aussi, l'Université de Lille se préoccupait d'utiliser les nouveaux laboratoires, pour l'enseignement de la bactériologie à ses élèves et elle décida bientôt la création d'une chaire de bactériologie et de thérapeutique expérimentale qui devait être rattachée à l'Institut Pasteur aux conditions adoptées par la chaire de chimie biologique à l'Institut Pasteur de Paris.

Le nouvel Institut est maintenant terminé. Il aura coûté tout près d'un million, sans compter le prix des 10.000 mètres de terrain offerts par la Ville de Lille. Son entretien est assuré par les subventions qu'il reçoit de la Ville de Lille, des départements du Nord et du Pas-de-Calais et aussi par les subsides que beaucoup de personnes bienfaisantes ne manqueront certainement pas de lui apporter.

Son Directeur s'est efforcé d'utiliser les locaux et les ressources matérielles que la ville de Lille mettait généreusement à sa disposition, de manière à ce que les études relatives aux industries et à l'agriculture, sur le développement desquelles repose tout l'avenir économique de la région du Nord, y puissent trouver une large place.

Il lui semblait nécessaire de créer, dans le centre industriel et agricole si important qu'est la ville de Lille, autre chose qu'un laboratoire pour la préparation des sérums et des vaccins ou pour le diagnostic des maladies infectieuses. Le plan de l'édifice fut donc dressé en vue de l'aménagement de vastes laboratoires d'application des sciences bactériologiques aux études de biologie générale, à l'agriculture et aux industries de fermentation.

Certains de ces laboratoires, aménagés comme de véritables petites usines et pourvus d'un outillage mécanique très complet, devaient permettre d'effectuer toutes sortes d'expériences relatives aux fermentations alcooliques, à la distillerie, à la brasserie, à la sucrerie, à la stérilisation industrielle des eaux, etc...

Ce programme est aujourd'hui pleinement réalisé, et les résultats déjà obtenus pendant la période d'organisation permettent d'espérer beaucoup pour l'avenir.

L'Institut Pasteur de Lille a été reconnu comme établissement d'utilité publique, par décret présidentiel en date du 1er avril 1898. Son administration financière, aux termes des statuts, est autonome. Elle est confiée à son Directeur, assisté d'un conseil d'administration et de perfectionnement. Ce dernier conseil, présidé de droit par le Maire de Lille, se compose de onze membres élus par le Conseil municipal de Lille, de sept membres élus par le Conseil général du Nord, d'un membre élu par le Conseil général du Pas-de-Calais, et de membres donateurs permanents, en nombre illimité.

Le personnel des laboratoires comprend, outre le directeur, six chefs de laboratoire, deux préparateurs, un secrétaire chargé de la bibliothèque et de la comptabilité, et quatorze garçons de laboratoire, mécaniciens, chauffeurs ou palefreniers.

Nous avons publié naguère la répartition des services (1) de l'Institut Pasteur de Lille ; nous n'insisterons donc pas.

L'Institut comprend un grand bâtiment en bordure du Boulevard Louis XIV.

Le bâtiment principal est divisé comme suit :

1° Sous-sol : Service des machines et des chambres de chauffe, ateliers de mécaniciens, laverie, glacière, usine de distillerie et de brasserie expérimentales, laboratoire d'électricité biologique.

2° Rez-de-chaussée : Services généraux et laboratoires de recherches : Services de stérilisation des milieux de culture, avec batterie d'autoclaves à vapeur et de four Pasteur pour la verrerie ; Salle d'attente ; Service de la rage, salle d'inoculation et laboratoire ; Salle des petits animaux en observation ; Salle d'autopsie ; Secrétariat et comptabilité ; Microphotographie ; Laboratoire des sérums et vaccins ; Laboratoire de chimie biologique ; Laboratoire de microbie agricole ; Salle des balances ; Laboratoire du directeur ; Bibliothèque ; Appartements particuliers du directeur.

3° 1er étage (services d'enseignement) : Amphithéâtre de cours ; Laboratoire du chef des travaux pratiques ; Salle des travaux pratiques des élèves ; Salle de manipulations des élèves ; Six Laboratoires de recherches pour travailleurs ; Atelier de soufflerie ; Laboratoire de fermentations industrielles (Salle de Chimie) ; Laboratoire d'analyse des gaz ; Chambre noire pour la polarisation et la spectroscopie.

4° 2e étage : Verrerie, Réserves et produits chimiques.

Dépendances : Écurie de chevaux pour les sérums ; Salle chaude pour les singes ; Salle des cobayes et lapins inoculés ; Salle de saignée avec travail-bascule

(1) *Écho Médical du Nord*, 1898, p. 551.

de Vinsot, de Chartres ; Parcs d'élevages pour les cobayes ; Serres chaudes pour les serpents et aquariums ; Salle pour la préparation du vaccin jennérien ; Étable à génisses ; Remise ; Écurie d'isolement pour chevaux ; Four crématoire et cuve à acide sulfurique ; Volières.

Les plans de l'Institut ont été dressés par les soins du service des travaux de la ville de Lille, sous la direction de M. Mongy, par M. Hainez, architecte.

La construction de l'édifice a été exécutée par MM. Hainez, architecte, et Em. Rouzé, entrepreneur.

Comme document à l'appui de l'importance des services que, dans la sphère des acquisitions scientifiques indiscutées, l'Institut Pasteur de Lille a rendus à la région, nous demandons à nos lecteurs de consulter la statistique du service de vaccinations contre la rage après morsures, du 12 février 1895 au 1er janvier 1899, qui nous est communiquée par notre collaborateur le Dr Deléarde, professeur agrégé, chef de laboratoire.

Du 12 février 1895 au 1er janvier 1899, 796 personnes mordues ont été traitées à l'Institut Pasteur de Lille.

De ces 796 personnes qui sont venues nous demander nos soins, 233 avaient été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement au laboratoire par l'inoculation du bulbe de l'animal mordeur à des lapins témoins (Colonne A du tableau ci-après).

329 avaient été mordues par des animaux observés ou autopsiés par des médecins vétérinaires (Colonne B).

Enfin 234 avaient été mordues par des animaux seulement suspects de rage ou sur lesquels on n'a pu recueillir aucun renseignement (Colonne C).

Le traitement dure en moyenne dix-huit jours. Il est prolongé de trois jours et quelquefois même, dans certains cas exceptionnels, porté à vingt-cinq jours lorsque les morsures sont très graves et multiples, ou lorsqu'elles siègent à la tête.

Cinq des personnes traitées ont succombé à la rage malgré le traitement ou au cours de celui-ci. La mortalité globale a donc été de 0.62 p. 100.

Les animaux mordeurs ont été : Chiens, 771 fois ; Chats, 22 fois ; Cheval, 2 fois ; Ane, 1 fois.

Les 796 personnes traitées se répartissent de la manière suivante, au point de vue de leur provenance :

Département du Nord, 515 ; Département du Pas-de-Calais, 169 ; Belgique, 112.

Les tableaux ci-après donnent la liste des localités qui nous ont envoyé des personnes mordues et le nombre des personnes pour chacune d'elles :

TABLEAU I

Département du Nord

Anzin	1	La Madeleine	20
Armbouts-Cappel	2	Lambersart	8
Armentières	8	Lambres	1
Aulnoye	1	Leers	1
Bachy	1	Lille	144
Bailleul	2	Linselles	3
Bambecque	1	Lomme	1
Bauvin	4	Lompret	1
Blanc-Seau	6	Louvil	1
Boeschepe	4	Lys-lez-Lannoy	1
Bouvines	3	Maing	1
Bondues	1	Marcq-en-Barœul	3
Caestre	1	Mardyck	1
Cambrai	4	Marly	1
Camphin-en-Pévèle	1	Marquette	2
Cappelle	1	Mons-en-Barœul	4
Canteleu	2	Mons-en Pévèle	2
Comines	2	Mouchin	2
Condé	1	Neuville-en-Ferrain	2
Crochte	1	Nieppe	3
Croix	3	Nordpeene	1
Croix-Rouge	1	Notre-Dame-au-Bois	2
Cysoing	1	Paillemont	1
Deûlémont	3	Péronne-en-Mélantois	1
Douai	5	Pont-de-Nieppe	2
Don	3	Quædypre	2
Dunkerque	5	Quarouble	1
Ebblinghem	1	Quérenaing	2
Escaupont	1	Quesnoy-sur-Deûle	2
Estaires	2	Rœulx	1
Etrœungt	1	Romeries	1
Faumont	2	Ronchin	7
Féchain	1	Roncq	4
Flers	2	Roubaix	63
Fournes	2	Rouges-Barres	1
Fresnes	2	Sailly-lez-Lannoy	1
Fressies	1	Sailly-s.-la-Lys	2
Gœulzin	1	Sainghin-en-Mélantois	2
Halluin	1	Sainghin-en-Weppes	2
Haubourdin	7	St-Amand-les-Eaux	6
Hazebrouck	1	St-André	1
Hellemmes	4	St-Cloud-lez-Cambrai	1
Hem	1	Ste-Marie-Cappel	1
Hem-Lenglet	1	St Pol-sur-Mer	1
Hergnies	6	St-Saulve	1
Houplin	1	Séranvillers	1
Houplines	2	Thiennes	2
Hoymille	1	Thumesnil	2
Illies	1	Toufflers	1
La Bassée	4	Tourcoing	44
La Chapelle-d'Armentières	1	Valenciennes	5
La Gorgue	2	Vaucelles	1

Verlinghem	6	Willems	2
Wervicq	1	Zeggers-Cappel	2
Wasquehal	5	Zuytpeene	1
Wattignies	1		
Wattrelos	10	Total	515

TABLEAU II

Département du Pas-de-Calais

Acheville	2	Frévin-Cappelle	1
Aire-sur-la-Lys	2	Fruges	2
Aix-Noulette	2	Gonnehem	1
Allouagne	1	Gravelines	1
Anvin	1	Hénin-Liétard	1
Annequin	1	Hersin-Coupigny	5
Annezin-lez-Béthune	2	Inchy-en-Artois	1
Audembert	1	La Buissière	1
Audincthun	1	Laventie	2
Avion	1	Lens	2
Bazinghem	1	Leulinghem	1
Bénifontaine	1	Liévin	1
Bétancourt	1	Locon	1
Béthune	1	Mareula	1
Beussan	1	Marck	2
Beuvry	1	Mazingarbe	1
Biache-St-Waast	1	Meurchin	3
Billy-Montigny	1	Monchy-Cayeux	1
Blandecques	1	Neufchâtel	1
Blangermont	1	Nœux-les-Mines	2
Bois-Bernard	1	Noyelle-Godault	8
Boulogne-s.-Mer	9	Oignies	2
Bours	1	Ourton	1
Brebières	2	Petit-Gourgain	1
Bruay	5	Queux	1
Burbur	6	Quiéry-la-Motte	1
Busnes	5	Rebreuves	1
Calais	16	Rouvroy	4
Coupelle-Vieille	1	Ruminghem	4
Cuinchy	6	Ste-Austreberthe	1
Divion	2	St-Inglevert	2
Drocourt	5	Ste-Marie-Kerke	1
Dourches	1	St-Paul-sur-Ternoise	6
Douvrin	2	Salau	1
Ecques	1	Samer	1
Enquin	1	Vieille-Eglise	1
Equires	1	Vieil-Hesdin	2
Etaples	2	Wardrecques	2
Ferfay	4	Warlus	1
Fiennes	1		
Fresnicourt	1	Total	169

TABLEAU III

BELGIQUE

Anderlecht	2	Bondael-Ixelles	1
Audeghien	3	Bruges	2
Arlon	1	Bruxelles	26
Cappelle-St-Ulrich	1	Louvain	2
Enghien	1	Minvaux	1
Etterbeck	2	Molenbeck	4
Evère	3	Mont-à-Leux	1
Forchies	1	Mouscron	8
Froyennes	5	Oest-Wœteren	1
Haboken	1	Ostende	2
Haine-St-Pierre	2	Reckem	2
Helsel	1	St-Gilles	2
Herchies	4	Ste-Marguerite-de-Comines	1
Héverlé	1	Schærbeck	5
Hoorbecq-Ste-Marie	1	Ternath	2
Holsbecq	2	Uccle	5
Huysinghem	2	Waterloo	1
Iseghem	1	Yon-Ciply	1
Ixelles	4	Ypres	2
Kain	2		
Kœkelberg	1	Total	112
Lameaide	1		

Statistique du traitement de la rage après morsures, à l'Institut Pasteur de Lille, du 12 février 1895 au 1er janvier 1899.

		A	B	C
Morsures à la tête et à la figure	simples / multiples	10 / 20 } 30	18 / 15 } 33	15 / 12 } 27
Cautérisations / Pas de cautérisations		7 / 23 } 30	15 / 18 } 33	8 / 19 } 27
Morsures aux mains	simples / multiples	79 / 55 } 134	108 / 89 } 197	86 / 47 } 133
Cautérisations / Pas de cautérisations		25 / 109 } 134	53 / 144 } 197	18 / 56 } 133
Morsures aux membres et au tronc	simples / multiples	25 / 40 } 65	34 / 60 } 94	44 / 30 } 74
Cautérisations / Pas de cautérisations		18 / 55 } 65	17 / 77 } 94	18 / 56 } 74
Morsures à nu / Habits déchirés		28 / 37 } 65	34 / 60 } 94	51 / 23 } 74
Morsures multiples en différents points du corps	simples / multiples	4	5	
Cautérisations / Pas de cautérisations		1 / 3 } 4	5	
Morsures à nu / Habits déchirés		2 / 2 } 4	1 / 1 } 5	
Total		233	329	234

TRAVAUX ORIGINAUX

Névrite périphérique d'origine alcoolique. — Prédominance de la paralysie atrophique sur les muscles extenseurs du pied. — Exagération des réflexes rotuliens,

Par le docteur **Ingelrans**.

Observation. — Le nommé Antoine D..., âgé de 47 ans, plombier-puisatier, entre, le 16 décembre 1898, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Madeleine, dans le service de M. le professeur Combemale. Le motif de son entrée est une difficulté croissante de la marche, accompagnée de douleurs dans les membres inférieurs.

Antécédents héréditaires : Son père et sa mère sont morts; cette dernière était sujette à de fréquentes névralgies. Deux de ses frères sont morts pendant la guerre de 1870-1871; un autre a été atteint du croup. Une sœur a succombé à une fluxion de poitrine.

Antécédents personnels : Ce malade est né à Haubourdin. Pas de scrofule, pas de fièvres éruptives dans l'enfance. On n'a aucune raison de soupçonner la syphilis. Il a été soldat dans l'artillerie et a eu une fièvre typhoïde au régiment, il y a vingt-cinq ans. Célibataire. Il est actuellement puisatier et plombier : le saturnisme ne s'est manifesté chez lui que de temps à autre par quelques coliques qui n'ont pas été des plus violentes : il ne présente pas le liséré de Burton. Si cette intoxication a été peu accentuée chez lui, il n'en est pas de même, à coup sûr, en ce qui regarde l'alcoolisme. Il ne se fait pas scrupule d'avouer que, depuis longtemps, il boit de l'alcool ; il prend le matin au moins deux ou trois grands verres, ce sont ses propres termes. Il descend alors dans le puits qu'il est en train d'arranger, et là, on lui fait parvenir, de temps en temps, trois ou quatre sous de cognac ou de rhum ; de plus, quand il doit travailler une heure supplémentaire, il ne manque pas de se donner du cœur, à l'aide d'une solide ration supplémentaire. Ajoutez à cela une bouteille de vin dans la journée, quelques verres de bière et le fait que cette imprégnation dure depuis des années, voilà qui ne permettra à personne d'émettre des doutes sur le rôle actif que l'alcool a dû jouer chez cet individu. Il affirme n'avoir jamais pris d'absinthe ; on doit l'en croire, il l'avouerait comme le reste. Il est assez franc pour dire, en manière de conclusion de son interrogatoire, que le plus ennuyeux pour lui n'est pas d'avoir mal aux jambes, mais de ne plus pouvoir boire s'il veut se guérir. Il est de toute évidence que l'éthylisme domine chez lui et prend le pas, dans l'étiologie, sur un saturnisme effacé et peu net.

Sa santé demeurait néanmoins assez bonne, quand, en 1897, il eut une pleurésie qui nécessita la thoracentèse. Il resta onze mois à l'hôpital et en sortit amélioré, mais non guéri, car il continua à tousser. Nous n'insistons pas sur les détails de cette pleurésie ; sa nature est rendue claire par la suite de l'histoire du malade. En effet, le 1er décembre 1898, il vint à la Charité parce qu'il toussait et s'amaigrissait : tuberculose évidente, craquements secs aux sommets des poumons, fièvre, expectoration, etc. Après quelques jours, il sortit, puis rentra le 16 décembre, toujours toussant, mais cette fois avec de nouveaux phénomènes morbides : c'est à peine s'il pouvait marcher et l'on va voir pour quelles raisons.

Examen le 21 janvier 1899. — C'est un homme de 47 ans, paraissant bien avoir cet âge. Sans avoir l'aspect cachectique, il est émacié et de mauvais teint. L'état général est des plus médiocres: il aurait maigri d'une vingtaine de kilos depuis trois mois. Faciès pâle, joues creuses, radiales athéromateuses. L'intelligence n'est pas amoindrie, mais on s'aperçoit vite que la mémoire est paresseuse, rebelle. Il demeure presque constamment couché, car la marche est difficile.

Le début de ce que nous nommerons sa paraplégie remonte à novembre 1898. Un matin, au lever, il fut pris de crampes dans les cuisses. Le lendemain, ce furent des démangeaisons des plus intenses, « on aurait dit des puces du haut en bas des jambes ». Au bout de quelques jours, la jambe gauche avait sensiblement diminué de volume. Vers le 8 décembre, à la visite, quelqu'un fit la remarque qu'il n'avait plus de mollets ; le malade n'y attacha pas d'importance, car il avait maigri de tout le corps. Le 10, il sortit et s'aperçut qu'il avait grand peine à marcher, il devait s'arrêter à chaque pas. Depuis le 16 décembre, cela va de mal en pis.

Il souffre, dans toute l'étendue des membres inférieurs, de douleurs très intenses, qui vont jusqu'à le faire pleurer. Ces douleurs surviennent par crises et très souvent ; elles ressemblent à des arrachements, « c'est comme si on lui arrachait la chair des os ». Des démangeaisons arrivent aussi, ainsi que des crampes qui l'obligent à se frictionner longtemps les jambes. Parfois ces crampes se produisent très haut, jusqu'au-dessus de l'aîne.

Ce qui saute aux yeux quand on l'examine, c'est l'émaciation considérable des jambes; les cuisses sont encore assez musclées, mais les mollets sont très atteints (circonférence à gauche, 26 centimètres; à droite, 28 centimètres). Il n'y a de déformation d'aucune sorte : le pied est en position normale. Tous les mouvements sont possibles, mais ils se produisent avec peu de force et la plus légère résistance suffit à les empêcher. Cela est particulièrement marqué à gauche, côté où l'affection a débuté. L'allongement du sciatique est douloureux : signe de Lasègue.

Quand le malade descend de son lit, il se met debout avec précaution, comme quelqu'un qui a peur de tomber. Il pose les talons sur le sol, la pointe des pieds demeurant légèrement relevée et il élargit notablement sa base de sustentation en écartant les jambes. Il se met alors en marche avec circonspection, s'accrochant aux objets environnants : à peine peut-il avancer un peu sans se tenir. Il n'existe aucun steppage : bien au contraire, c'est toujours le talon qui touche d'abord le sol. Durant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, cet homme ne pouvait nullement marcher. Il s'est produit une amélioration à la suite d'injections sous-cutanées d'un demi-milligramme de strychnine tous les deux jours.

Il a la sensation exacte du plancher sur lequel il marche. Avec les jambes écartées, il est assez solide, il se tient malaisément les talons rapprochés ; si on lui ferme les yeux, il oscille et tomberait rapidement : signe de Romberg non douteux.

Les mouvements des bras sont normaux ; pas d'ataxie d'aucune sorte. Lorsqu'il est au lit, il touche de la pointe du pied, sans hésitation, les objets qu'on lui présente ; il a toujours une notion exacte de la position occupée par ses membres.

Les bras sont amaigris, il est vrai, mais néanmoins encore d'assez notable force. Il ne pouvait plus remonter à la corde du fond du puits où il travaillait, non pas par faiblesse des bras, mais parce que ses jambes ne lui fournissaient plus l'appui indispensable. Aucun tremblement des mains.

La sensibilité, sous ses divers modes, est peu compromise au membre inférieur droit : le contact, le pincement, le froid, sont perçus convenablement et sans retard. Il n'en est pas de même à gauche, où on constate une anes-

thésie assez étendue en divers points, particulièrement à la douleur (pincement). Pas d'anesthésie plantaire.

La pression des masses musculaires et des troncs nerveux est très douloureuse des deux côtés aux membres inférieurs. A la palpation, le triceps sural paraît flasque et atrophié. Les muscles de la région antéro-externe de la jambe sont en meilleur état, atrophiés toutefois, eux aussi, à un certain degré. Ils répondent beaucoup mieux à l'excitation faradique que ceux du mollet, chez lesquels la contraction arrive paresseusement. Aux cuisses, les masses musculaires réagissent bien. Nous n'avons jamais noté nulle part de trémulations fibrillaires ; pas de troubles trophiques de la peau, ni des ongles.

Les réflexes rotuliens et plantaires sont évidemment exagérés (1). On n'obtient pas le clonus du pied.

Appareil digestif : Actuellement, le malade mange assez bien, mais ce n'est que depuis peu. Quand il buvait de l'alcool, son appétit avait presque entièrement disparu. S'il essayait de prendre, le soir, des aliments solides, il était sûr de les vomir. Pas de pituites matinales. On ne note rien du côté du foie ; pas d'ictère, pas d'hypertrophie. Intestin normal.

Appareil respiratoire : Tuberculose pulmonaire au début de la deuxième période. Craquements aux deux sommets, toux et expectoration. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point ; la phtisie est certaine, sans être avancée.

Appareil urinaire : Rien à la vessie ; pas de polyurie ; traces d'albumine, pas de sucre ; pollakiurie surtout nocturne. A aucun moment, il n'y a eu ni rétention, ni incontinence urinaire.

Organes des sens : Ouïe bonne. La vue paraît normale ; le champ visuel n'est pas rétréci. Les réflexes pupillaires sont un peu lents, mais non abolis.

Le système nerveux central et les fonctions psychiques ont été sérieusement touchés par l'intoxication alcoolique.

Cet homme, qui est un bon ouvrier et gagne d'excellentes journées, a des idées de suicide. Un jour, il a été jusqu'à acheter du charbon pour s'asphyxier. Son caractère est devenu hargneux, il le reconnaît. La nuit, il a des cauchemars répétés : il tombe du haut des toits, ou bien ce sont des rêves se rapportant à sa profession. Tout cela lui donne un sommeil agité et un réveil pénible : au saut du lit, il est pris de vertiges, tout tourne autour de lui.

Tous ces phénomènes généraux d'intoxication se sont amendés depuis un mois qu'il est à la Charité La strychnine n'a pas été pour rien dans cette amélioration ; en ce qui concerne la marche, si au début il restait constamment couché, à présent il fait quelques mètres en s'accrochant çà et là, il descend l'escalier en glissant sur la rampe et remonte avec l'aide d'un voisin.

I. — Cette observation peut se résumer comme il suit : parésie atrophique des jambes chez un sujet profondément alcoolisé et, en outre, tuberculeux pulmonaire. Prédominance de l'atrophie sur le triceps sural ; exagération des réflexes rotuliens ; intégrité des sphincters ; pas d'incoordination motrice, troubles objectifs et subjectifs de la sensibilité ; amnésie.

Quel diagnostic poser vis-à-vis de cet ensemble de symptômes ? Nous croyons qu'on doit se rattacher à celui de névrite périphérique par intoxication éthylique chronique. Quand cette manière de voir sera justifiée, nous insisterons sur deux particularités cliniques qui font l'intérêt du cas.

(1) Ceci a été observé avant toute administration de strychnine.

A quoi peut-on penser en effet ? A une affection de la moelle épinière, des muscles ou des nerfs, à l'hystérie ensuite. Passons en revue les principales maladies qui ont plus ou moins de ressemblance avec le fait qui nous occupe.

La myélite aiguë centrale et la myélite transverse dorsolombaire entraînent une paraplégie flasque ou spasmodique. Chez notre malade, point de caractère spasmodique, à l'exception de l'exagération des réflexes (mais on verra ce qu'il en faut penser). Une paraplégie flasque d'origine médullaire aurait eu un début plus rapide, sinon brusque ; la paralysie et l'anesthésie atteindraient une intensité et une étendue autrement grandes. Mais l'intégrité des réservoirs suffit à elle seule pour éliminer cette hypothèse : ce n'est point une myélite transverse.

On chercherait d'ailleurs en vain son étiologie ; ni l'alcool, ni le plomb ne sont coutumiers d'amener pareilles lésions. Quant à la syphilis, elle paraît faire ici absolument défaut.

On peut éliminer d'emblée la sclérose en plaques. Antoine D... n'a ni tremblement, ni nystagmus, ni troubles de la parole ; d'autre part, il offre des altérations de la sensibilité subjective et objective et de l'atrophie musculaire, ce qui est de la plus grande rareté dans la sclérose en plaques disséminées. Il est vrai que Pitres en a décrit une forme à début paraplégique (1), mais ses observations n'ont rien de commun avec celle-ci.

En faveur du tabes, nous trouvons des douleurs vives, le signe de Romberg, des réflexes pupillaires paresseux, des troubles de la marche, etc. Mais à aucun degré, le malade n'est incoordonné, le phénomène du genou est exagéré chez lui, sa vessie fonctionne bien ; douleurs, impotence et amyotrophie sont nées et ont grandi de pair ; la vision est normale, le signe d'Argyll-Robertson n'existe pas, toutes raisons majeures d'écarter l'ataxie locomotrice.

La sclérose latérale amyotrophique tire ses principaux traits de la coïncidence d'une paralysie spasmodique et d'une amyotrophie. Le fait seul qu'elle respecte la sensibilité dispense de s'en préoccuper, car notre malade est en proie à de pénibles douleurs. Faut-il ajouter que ses membres supérieurs sont indemnes et qu'on ne note aucun des symptômes bulbaires si habituels dans la maladie de Charcot ?

En ce qui concerne l'hypothèse d'une poliomyélite antérieure, disons seulement que les troubles sensitifs ne font, pour ainsi dire, jamais partie de sa séméiologie, au moins d'une façon notable. Même raison d'écarter les dystrophies musculaires progressives ou myopathies primitives.

Il est tout-à-fait superflu de faire un diagnostic différentiel d'avec l'hystérie. D'abord, le malade n'a aucun stigmate de cette névrose ; ensuite, il souffre beaucoup « et, dit Babinski, les douleurs de la polynévrite ont un caractère de sincérité que n'ont pas celles de l'hystérie. »

(1) *Semaine Médicale*, 1894, p. 483.

Une telle raison pourra sembler insuffisante, car on ne juge point d'une douleur ; d'autre part, l'hystérie est parfois monosymptomatique. Mais l'atrophie musculaire doit suffire à l'éloigner : nous n'ignorons pas que CHARCOT et BABINSKI ont décrit des atrophies musculaires hystériques et que d'autres auteurs les ont vues après eux. Elles sont des plus rares et si on en lit les observations éparses çà et là, on constate qu'elles ne ressemblent en rien au cas présent. Nous ne parlons de l'hystérie que parce qu'il y faut toujours penser : en réalité, Antoine D... est atteint de névrite périphérique ; cela serait de la première évidence, n'étaient quelques points anormaux du tableau clinique.

Etant bien établi par exclusion qu'il s'agit d'une névrite, il reste à étudier celle-ci et ce qu'elle a de spécial.

II. — La névrite périphérique dont est atteint notre malade dépend avant tout, chez lui, de l'alcoolisme : on verra plus loin la part qui pourrait revenir au saturnisme et à la tuberculose dans son étiologie. Depuis le travail initial de LANCEREAUX (1), les études cliniques se sont accumulées sur ce sujet et l'ont fait bien connaître.

C'est, d'après les propres termes de LANCEREAUX, une paralysie qui se localise de préférence aux nerfs des extrémités des membres et offre une symétrie parfaite. Elle porte sur les muscles homologues des deux côtés et siège de préférence aux membres inférieurs. Des extrémités, où elle débute, elle gagne peu à peu, en diminuant d'intensité, la racine des membres. Les désordres subjectifs se manifestent par des sensations de fourmillements, d'élancements, de picotements, de brûlure, de déchirure, de torsion et de brisure. Les malades disent que des chiens leur mordent et leur dévorent les mollets, d'autres qu'on scie ou qu'on rabote leurs jambes. Toutes ces sensations sont assez violentes pour provoquer des cris et s'opposer au sommeil. Voilà, grosso modo, le tableau ordinaire de la maladie.

Si l'on veut étudier un peu plus à fond les symptômes de la névrite éthylique, on les rangera, avec RAYMOND, sous six chefs :

1° Des troubles moteurs : paralysie, beaucoup plus rarement incoordination ;

2° Des troubles de la sensibilité : paresthésies, douleurs aiguës le long des troncs nerveux et dans les muscles, crampes. Hyperesthésies et anesthésies ;

3° Des troubles trophiques : atrophie diffuse des muscles paralysés ;

4° Des troubles des réflexes : abolition des réflexes rotuliens et exagération des réflexes cutanés ;

5° Des troubles oculaires : scotome, paralysie des muscles extrinsèques ;

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1865, page 438.

6° Des troubles intellectuels : affaiblissement de l'intelligence et amnésie.

A l'exception des troubles oculaires, le malade dont nous parlons présente tous ces signes ou peu s'en faut. Nous nous garderons de les reprendre un à un ; l'observation les met assez en lumière. Deux d'entre eux cependant doivent attirer l'attention, car ils diffèrent sensiblement de ce qu'on observe généralement dans la polynévrite alcoolique et créent ici une modalité un peu spéciale. Il s'agit de la prédominance de la paralysie sur les extenseurs du pied (1) et de l'exagération des réflexes patellaires.

Toutes les descriptions générales de la paralysie alcoolique se résument dans la suivante (BABINSKI. *Traité de médecine* CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUD, tome VI, page 762) : Elle atteint ordinairement en premier lieu l'extenseur propre du gros orteil, puis l'extenseur commun et les péroniers, et aussi les muscles du pied. Le pied est en extension, il forme avec la jambe un angle obtus. La marche présente un aspect tout-à-fait particulier ; le malade, incapable de fléchir le pied, est obligé, pour ne point heurter la pointe contre le sol, d'exécuter, à chaque pas, un mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin bien plus ample que de coutume (steppage).

Rapprochons ces signes de ce qu'on trouve dans notre cas. Ce n'est pas du tout cela, c'est même précisément le contraire, et cela se comprend d'ailleurs, car la paralysie a frappé surtout et particulièrement les extenseurs du pied, les muscles du mollet. Dans ces conditions, le pied est en flexion, il forme avec la jambe un angle aigu. Cet angle aigu n'existe pas, ne se montre pas quand le malade est au lit, car les fléchisseurs, eux-mêmes atrophiés à un certain degré, n'entraînent pas le pied de leur côté avec une force suffisante. Mais que le malade vienne à se lever, alors il emploie tous ses efforts à se tenir de la manière la plus convenable ; le jambier antérieur et les extenseurs des orteils entrent en jeu autant qu'ils peuvent ; le triceps sural ne contrebalance pas leur action, les talons touchent à terre les premiers, tandis que la pointe du pied reste relevée et distante du sol. Le malade marche en talonnant, non pas tout-à-fait comme un ataxique, car il manque le désordre des mouvements et la projection brusque du talon, mais il marche bien sur les talons et c'est le seul mode de progression qui lui soit possible (2).

(1) Les muscles extenseurs du pied sont ceux qui écartent sa face dorsale de la face antérieure de la jambe : triceps sural, jambier postérieur et fléchisseurs des orteils.

(2) Ce n'est pas là néanmoins ce que l'on décrit sous le nom de *neurotabes périphérique*. On pourrait croire que ce qualificatif convient à la présente observation, où l'on trouve à la fois des douleurs dans les jambes, du talonnement et le signe de ROMBERG, sous la dépendance d'une polynévrite. Ce que M. DEJERINE a décrit en 1883 sous la dénomimination de nervo-tabes périphérique est une forme de névrite presque purement sensitive, c'est-à-dire n'amenant que peu ou pas de paralysie et d'atrophie. mais entraînant en revanche une incoordination motrice tout-à-fait semblable à celle de l'ataxie locomotrice, et à marche très rapide : elle constitue une partie des faits classés par LEYDEN, dans le cadre de l'ataxie aiguë. Ce serait sortir du sujet que d'insister, mais il n'était pas mauvais de prévenir une confusion facile à commettre.

Les auteurs ne parlent guère de cette modalité de la névrite alcoolique. Néanmoins, BABINSKI la décrit clairement : « Dans des cas rares, c'est dans les muscles de la région postérieure de la jambe, particulièrement dans le triceps sural que la paralysie est le plus accusée. Au lieu d'être tombant, le pied est relevé. Dans la marche, la flexion du pied est encore plus prononcée qu'à l'état de repos et le malade pose d'abord le talon sur le sol ; il ressemble à cet égard au tabétique dont la démarche est toutefois différente. Ce mode de déambulation est bien moins commun que le steppage et il ne me paraît pas avoir été nettement décrit ; j'en ai observé récemment un exemple frappant chez un malade atteint manifestement de névrite périphérique. Dans ce cas, la paralysie des muscles postérieurs était associée à celle des péroniers. » A part ce dernier trait, ces lignes s'appliquent au sujet dont nous parlons.

Les réflexes patellaires du malade sont notablement exagérés. Si l'exagération des réflexes cutanés est fréquente chez les alcooliques, celle des réflexes tendineux constitue une exception. Le plus généralement, les réflexes tendineux sont affaiblis ou abolis. STRÜMPELL et MŒBIUS ont montré que, dans des cas qu'on peut compter, ils sont exagérés. Toutefois, ils ne sont jamais d'une intensité excessive, et la trépidation épileptoïde ne se laisse point constater. « Puisqu'il suffit, dit BABINSKI, d'une irritation portant sur l'extrémité des fibres centripètes pour que l'épilepsie spinale apparaisse, ainsi que cela a lieu dans certaines affections articulaires, on concevrait fort bien qu'une lésion d'un nerf produisît des troubles analogues ». Nous pensons que cette explication s'adapte à notre cas. L'inflammation, qui a touché fortement le sciatique, n'a guère lésé les branches du nerf crural ; nous n'en voulons pour preuve que la quasi-intégrité du triceps fémoral. Il est aisé de concevoir qu'un début d'irritation du nerf crural puisse lui faire traduire sa souffrance par une excitation, que suivra peut-être une paralysie. Ce n'est qu'une théorie ; si elle est fausse, elle n'infirme en rien le fait lui-même.

Deux mots sur l'amnésie notée dans l'observation : « Les désordres de la mémoire et de l'intelligence, dit RAYMOND, sans être l'apanage exclusif de la polynévrite alcoolique, sont aussi fréquents dans le cours de celle-ci qu'ils sont rares dans le cours des polynévrites d'autre origine. » L'amnésie des alcooliques porte d'une façon prépondérante sur les faits récents et postérieurs au début de l'empoisonnement chronique. La mémoire n'emmagasine plus les faits récents : elle garde ce qu'elle contient, mais n'acquiert que péniblement des éléments nouveaux. C'est ce que Pierre JANET dénomme amnésie continue (1). Il en est ainsi chez notre malade. Il le dit lui-même : les choses anciennes lui reviennent bien en tête ; quant aux événements récents, ils ne font qu'entrer et sortir. Inutile d'insister sur ces points qui sont classiques : mais il faut éclaircir la notion étiologique de cette névrite.

(1) *Revue générale des sciences*, 1893, p. 175.

Si l'alcoolisme prédomine, et de beaucoup, chez cet homme, ne peut-on se demander si la tuberculose, et même le saturnisme, n'ont pu intervenir ? On sait couramment que la localisation de la névrite saturnine aux membres inférieurs n'est guère fréquente. Cependant, si faible qu'on suppose avoir été le rôle du plomb, il a pu exister. Disons en passant qu'OPPENHEIM (1) pense que les intoxications d'origine métallique prédisposent d'une façon très notable aux autres intoxications, telles que celles par l'alcool, et qu'il y a lieu de faire une place aux empoisonnements combinés.

Pour la tuberculose, c'est autre chose, car son intervention dans la genèse des névrites devient chaque jour plus claire, depuis le mémoire de PITRES et VAILLARD (2). La polynévrite tuberculeuse peut être purement motrice (FRANCOTTE (3), PAL (4),) ou purement sensitive (CHARCOT (5), FRAENKEL (6).) Ce qui est commun, c'est une association de troubles moteurs et sensitifs, c'est-à-dire qu'on observe tout à la fois de la paralysie, de l'amyotrophie et des douleurs (ROSENHEIM (7), SENATOR (8), CORNELIUS (9), GIÈSE et PAGENSTECHER (10).)

Nous ne méconnaissons nullement l'importance de ces données, tout à fait bien établies à présent, mais nous pensons que chez un homme à la fois phtisique et alcoolique, la clinique veut qu'on mette au compte de l'alcool la *majeure* partie des accidents dont celui-ci est d'ordinaire coupable. Assurément, les tuberculeux, exempts de toute autre infection ou intoxication, présentent fréquemment des troubles nerveux périphériques : M. CARRIÈRE (*Thèse de Bordeaux*, 1894), après WEILL, les a notés dans 41 p. 100 des cas. Toutefois, qu'on lise son important travail basé sur l'étude de 134 sujets, et on verra que, si huit fois il a rencontré des parésies des membres inférieurs, il n'a pas vu une seule paralysie. Nous passerons volontiers que le malade dont nous parlons n'a qu'une parésie accentuée et qu'on ne peut écarter l'étiologie tuberculeuse de ce chef, mais le caractère si intense de ses douleurs, leur acuité si prononcée et si persistante doivent, à notre avis, suffire à désigner l'alcool comme cause *principale*. Les tuberculeux ont des névralgies, ou bien ils ont des douleurs sourdes,

(1) *Berl. Klin. Wochensch.*, 30 nov. 1891.
(2) *Revue de médecine*, 1886, p. 193.
(3) *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1886.
(4) *Ueber multiple Neuritis*, Vienne, 1891.
(5) *Revue neurologique*, 1893, n°s 1 et 2.
(6) *Deuts. medic. Woch.*, 1891, p. 1421.
(7) *Archiv für Psychiatrie*, 1887, p. 782.
(8) *Deuts. medic. Woch.*, 1888, n° 23.
(9) *Thèse de Berlin*, 1888.
(10) *Archiv für Psychiatrie*, 1893, p. 211.

des fourmillements, des crampes, etc. ; s'ils présentent des douleurs fulgurantes, et c'est rare, celles ci n'atteignent guère l'importance majeure qui en fait un des bons caractères distinctifs de la névrite des buveurs.

Nous n'avons pas le moyen de préciser absolument ce qui, chez notre sujet, revient à l'alcool et à la toxine tuberculeuse. Il est bien probable que cette dernière doit s'effacer presque entièrement devant le premier agent. Ce n'est pas à dire qu'on doive lui dénier toute action : il est des névrites associées. On en a un exemple analogue à celui-ci dans l'observation publiée par Raymond, au tome II de ses *Cliniques* (1) ; on en trouve confirmation dans une note de Verrier parue cette année même (2).

Un grand intérêt s'attacherait évidemment à connaître l'influence respective des causes de cette névrite, car le pronostic en dépend. En effet, la polynévrite éthylique guérit quand l'alcool est supprimé ; on ne supprime pas la tuberculose, et par suite, l'avenir s'assombrit pour ceux qui sont ainsi doublement frappés. Malgré cela, l'amélioration visible fournie par la strychnine permet d'espérer une guérison complète chez ce malade : on aurait tort de s'en porter garant.

P.-S. — Ce malade est sorti de l'hôpital le 29 mars, notablement amélioré au point de vue de la marche, et n'ayant pour ainsi dire plus de douleurs.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Charrin. L'état puerpéral prédispose aux affections morbides, par suite de l'augmentation du glucose et de la diminution des éléments minéraux de l'organisme.

Académie de Médecine. — M. Hervieux a observé l'abaissement de la température chez les enfants débiles. Cette algidité progressive est presque toujours mortelle.

Société de Chirurgie. — M. Bazy revient sur la communication de M. Quénu, relative à l'asepsie opératoire. On est parfois obligé d'opérer une affection aseptique après une opération septique. On peut obtenir quand même de bons résultats à condition de savoir se désinfecter les mains.

— M. Picqué étudie les indications de l'intervention chirurgicale chez les aliénées. La guérison d'affections génitales amène une sédation marquée dans les troubles cérébraux.

Société de Thérapeutique. — M. Rodet préconise l'emploi de la napelline pour calmer les souffrances de la démorphinisation.

— M. Weber propose de faire prendre aux malades que l'on doit opérer, de l'eau chloroformée, plusieurs mois avant l'opération pour prévenir les accidents post-anesthésiques.

— M. Camescasse. — Le pain complet est excellent pour guérir la constipation chronique.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Des Modifications histologiques du sang dans quelques intoxications expérimentales, par le docteur G. Carrière.

Dans un mémoire de candidature présenté à la Société centrale de médecine du Nord et publié dans les Bulletins de cette Société, notre collaborateur, M. Carrière, s'attaque à cette intéressante question. De son travail nous détachons les conclusions générales suivantes qui résument les recherches et les résultats :

I. — Dans toute intoxication expérimentale, on note une destruction globulaire. Celle-ci est rapide, intense, massive pour les poisons microbiens et les poisons minéraux ; elle est plus lente et moins marquée pour les poisons autochtones.

Dans les intoxications microbiennes ou autochtones, la destruction globulaire est de moins en moins intense au fur et à mesure que l'on répète les injections : il semble que l'hématie s'accoutume au poison, qu'elle apprend à lui résister. Pour les poisons minéraux, au contraire, il n'y a pas d'accoutumance ; au contraire, une première atteinte semble conférer au globule rouge une fragilité plus grande.

La rénovation globulaire est lente (premières injections), puis rapide en ce qui concerne les poisons microbiens ; elle est plus lente pour les poisons autochtones ; plus lente encore pour les poisons minéraux.

Cette rénovation est incomplète pour les poisons microbiens (surtout si les injections se répètent) ; il en est de même pour les poisons minéraux. Dans ces deux cas, on peut voir survenir, à la suite d'injections répétées, un état hypoglobulique permanent et qui s'accompagne parfois de formes anormales (formes naines, géantes ou pseudo-parasitaires). Pour les poisons autochtones, au contraire, la rénovation est complète, parfois plus que complète : il y a hyperglobulie.

(1) Leçon du 21 février 1896.

(2) *France médicale*, 13 janvier 1899.

Voir encore :

Hemmer : *Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk.*, 1898.

Cestan : *Autopsie de polynévrite motrice chez un tuberculeux.* — *Société anat.*, 24 juin 1898.

Astié : *La névrite amyotrophique des tuberculeux.* — Thèse de Paris, juillet 1898.

Colella : *Névrite des tuberculeux.* — *Académie de Méd. de Messine*, 6 mai 1898.

II. — Les fluctuations des hématoblastes sont en rapport avec ces constatations. Ils sont plus sensibles aux poisons que les hématies : c'est sur eux que le poison commence par agir. Mais leur rénovation précède celle des hématies.

Ces fluctuations, très marquées pour les poisons microbiens, sont moins nettes pour les poisons minéraux, peu sensibles pour les poisons autochtones.

III. — La leucocytose est très accentuée pour les poisons microbiens ; l'est peu d'abord, plus du tout ensuite, pour les poisons autochtones ; insignifiante pour les poisons minéraux.

a) Les poisons microbiens déterminent de brusques poussées de leucocytes polynucléaires qui peuvent rester à un taux élevé à la suite d'injections répétées.

Les poisons autochtones produisent une diminution immédiate de ces éléments dont le nombre augmente les jours suivants sans dépasser de beaucoup le taux normal.

Les poisons minéraux entraînent une diminution bien plus considérable, et ces éléments ont parfois de la peine à revenir à leur taux normal.

b). Les leucocytes mononucléaires diminuent considérablement parfois dans les intoxications microbiennes, mais ils reviennent en général très vite à leur chiffre normal. Cette même chute s'observe, quoique moins prononcée, dans les intoxications par poisons autochtones, mais ici le retour au taux normal est de beaucoup plus lent et plus difficile.

Quant aux poisons minéraux ils déterminent des fluctuations moins importantes dans la courbe des mononucléaires et ceux-ci dominent ou tiennent un rang élevé dans le sang.

c). Le nombre des lymphocytes est diminué dans certaines intoxications microbiennes (éberth, pneumocoque, streptocoque); il reste normal au contraire dans certaines autres (coli-bacille, tuberculine). Il est augmenté par poussées d'abord, puis d'une façon permanente dans les intoxications par poisons minéraux ou autochtones.

d). Les poisons microbiens déterminent des poussées d'éosinophilie, mais comme pour les poisons minéraux il y a pour certains d'entre eux une sorte d'accoutumance et, après quelques injections, l'éosinophilie ne se produit plus. Ces poussées sont surtout intenses avec les poisons microbiens, elles sont toujours moins intenses avec les poisons minéraux. Les poisons autochtones déterminent des poussées parfois intenses d'éosinophilie ; mais cette éosinophilie est essentiellement fugace et transitoire. Elle veut être cherchée. L'accoutumance est rapide.

e). Dans les périodes intercalaires ce sont les cellules à grains amphophiles qui dominent dans le sang (intoxications microbiennes ou autochtones) ; ce sont les cellules à grains basophiles dans les intoxications minérales.

f). Quant aux cellules à granulations γ, δ, ε il ne nous a pas paru qu'elles présentassent de fluctuations.

g). Le nombre des mastzellen n'est pas modifié dans les intoxications expérimentales par les poisons microbiens, il est quelquefois augmenté dans les intoxications autochtones ; il l'est souvent dans les intoxications minérales.

VARIÉTÉS

L'art de dormir, d'après Sarcey

« Nos pères savaient dormir, nos contemporains ont désappris.

» Mais, je n'ai pas désappris. Pour bien dormir, il suffit d'avoir une bonne position. Une bonne position ! Tout est là.

» — Et c'est ?

» — Attention, je vais vous étonner : c'est de dormir « plat comme un porc », selon l'expression de nos ancêtres. C'est une jouissance de sentir sur la poitrine et sur le ventre la fraîcheur du drap, tandis qu'on exécute avec les jambes les mouvements du nageur en pleine Seine.

» Il paraît que cette position exerce une salutaire influence sur l'angine pectorale *(angina pectoris)* et sur les accès douloureux de l'asthme.

» Dieu merci ! Je ne suis pas sujet à l'asthme, et j'ignore l'angine de poitrine. N'empêche qu'il est agréable de se coucher sur le ventre. »

Avis aux personnes qui ont un sommeil agité !

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecin. — Honoraires. — Responsabilité, vis-à-vis du médecin, de l'intermédiaire entre le médecin et le malade.

L'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade peut être considéré comme s'étant obligé personnellement, d'une façon exclusive, au paiement des honoraires qui seront ultérieurement réclamés par le médecin.

Dr G..., contre B...

Attendu que l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade peut, suivant les circonstances, être considéré comme s'étant obligé personnellement, d'une façon exclusive, au paiement des honoraires qui seront ultérieurement réclamés ;

Attendu qu'il est établi, qu'il n'est pas d'ailleurs contesté, que, en février 1898, B... s'est rendu à la consultation du docteur G..., et l'a prié de donner ses soins à la domestique qui l'accompagnait ;

Attendu que quelques jours après, au domicile de B.... en sa présence, le docteur G..., avec le concours de deux confrères, procéda à une opération difficile et délicate, et pendant plusieurs semaines, continua à donner ses soins ;

Attendu que le docteur G... devait naturellement croire que le maître qui l'avait appelé, qui prêtait sa maison, assistait aux visites et paraissait porter à sa domestique un intérêt tout particulier, prenait à sa charge les frais de l'opération et du traitement ;

Attendu que B... ne justifie pas qu'il ait fait ou dit quoi que ce soit pour dégager sa responsabilité et limiter les suites de l'obligation qu'il avait implicitement contractée ; qu'au contraire il a payé directement les salaires de la garde-malade. Que dès lors, il est resté, par suite de l'obligation spontanément prise, obligé au paiement de la somme que le demandeur pouvait légitimement réclamer ;

Attendu que B..., sans contester aucun des éléments dont se compose la note du docteur G. ., soutient encore que les honoraires réclamés sont exagérés ;

Attendu que les tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation et qu'il y a lieu de tenir compte, pour contrôler le chiffre des honoraires, de la longueur et de la gravité de la maladie ;

Attendu que les honoraires réclamés par le docteur G..., et dans lesquels entre déjà une somme de trois cents francs payée à ses confrères, ne semblent point exagérés.

Par ces motifs,

Le Tribunal condamne B... à payer au docteur G... la somme de sept cent quatorze francs, avec intérêts judiciaires ; le condamne aux dépens.

(Trib. civil de Lille, 1er décembre 1898).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre collaborateur, le professeur agrégé OUI, vient d'être nommé membre correspondant national de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie* de Paris ; nous lui adressons à cette occasion toutes nos félicitations.

— Nous relevons dans les dernières **promotions du service de santé** les noms de M. le docteur FAVIER, promu médecin-major de 1re classe au 147e de ligne à Givet, de M. le docteur BAYRAC, notre ancien collègue, agrégé à la Faculté de Lille, promu à la 1re classe de son grade de pharmacien-major et maintenu à l'Ecole d'application du service de santé.

— M. le docteur MOTY, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, vient d'être promu médecin principal de 1re classe. La rédaction de l'*Echo médical du Nord* éprouve le plus grand plaisir à adresser à son collaborateur ses meilleurs compliments.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Jules GIRARD, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Marseille ; DURIAU, président du Conseil d'arrondissement et ancien adjoint au maire de Dunkerque. Nous adressons à la famille de notre confrère, notre abonné de la première heure, l'expression de nos bien vives condoléances.

On nous prie d'annoncer que M. le Dr VARIOT, médecin de l'hôpital Trousseau, et M. le Dr LAZARD, secrétaire, quittent la rédaction du *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

13e SEMAINE, DU 26 MARS AU 1er AVRIL 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	10
3 mois à un an	14	4
1 an à 2 ans	3	1
2 à 5 ans	4	3
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	7	9
40 à 60 ans	12	7
60 à 80 ans	17	19
80 ans et au-dessus	3	4
Total	69	59

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Coqueluche	»	2	»	2	1	»	2	»	»	1	»	8
Autres	»	»	»	2	1	1	»	»	»	»	»	4
Apoplexie cérébrale	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	2	1	1	6	2	1	»	»	4	»	1	18
Maladies organiques du cœur	3	2	2	»	1	3	»	»	»	»	»	11
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	3	2	1	2	»	1	3	»	»	13
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	3	4	3	2	3	1	»	1	»	»	1	18
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Autres tuberculoses	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	4	10	5	4	1	14	2	»	7	»	3	50
TOTAL des DÉCÈS	12	20	14	18	10	25	5	3	15	1	5	128
NAISSANCES par Quartier	4	14	16	21	13	21	6	3	20	5	3	126

N° 118. Troisième Année, N° 16. Le Numéro : **10 centimes.** 16 Avril 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Les discours prononcés à l'occasion de l'inauguration du Monument et de l'Institut Pasteur de Lille, ayant été reproduits in-extenso dans tous les journaux politiques quotidiens de la région du Nord, nous nous abstenons d'en publier, même les plus marquants.

Des cérémonies, nous dirons seulement qu'elles furent dignes de PASTEUR.

TRAVAUX ORIGINAUX

Cancer mélanique des ganglions de l'aine. — — Opportunité opératoire. — Recherches anatomiques, bactériologiques et chimiques.

PAR MM

L. Dubar, Professeur de clinique chirurgicale, ET **G. Carrière**, Agrégé, chef du Laboratoire des Cliniques.

Au commencement de décembre 1898, je reçus la visite d'une malade venue sur les conseils de confrères du dehors, qui me demandaient s'il y avait lieu de faire une opération et, dans l'affirmative, de vouloir bien y procéder dans mon service de la Charité. Cette dame, âgée de 47 ans, portait une tumeur dans l'aîne droite.

Le diagnostic de son affection n'offrait pas de difficulté. J'appris en effet de la malade que la tumeur de l'aîne existait depuis plusieurs mois et qu'elle semblait s'être développée en même temps que deux petites tumeurs de la grande lèvre droite, dont elle avait subi l'extirpation.

Voici d'ailleurs les détails précis de l'histoire de sa maladie, tels qu'elle me les a fournis :

Toujours bien portante, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être signalé, Mme X... ressentit, au mois d'avril 1897, c'est-à-dire à l'âge de 45 ans, des démangeaisons à la partie supérieure de la grande lèvre droite. Elle se faisait saigner en se grattant et il se constituait une petite croûte noirâtre. Peu de temps après, les mêmes phénomènes se produisirent sur le milieu de la grande lèvre droite, où une croûte identique se formait constamment après grattage. Bientôt une induration se développa au-dessous des croûtes, formant deux petites tumeurs, qui furent enlevées en octobre 1897. Pendant quelques mois elle se crut guérie. Mais vers le milieu de 1898, elle constata une nouvelle induration dans la grande lèvre droite, qui alla en se développant et qui nécessita une deuxième opération vers le mois de septembre de cette année Elle pense bien que déjà à cette époque il y avait des ganglions indurés dans la région inguinale droite. En résumé, tumeurs de la grande lèvre droite enlevées en octobre 1897, récidivant au bout de huit à neuf mois et s'accompagnant d'induration ganglionnaire dans l'aîne correspondante. Il ne pouvait s'agir que d'une tumeur maligne, ayant envahi les ganglions. L'examen des grandes lèvres confirmait les dires de la malade, en ce sens qu'on y constatait l'existence des cicatrices provenant des opérations antérieures. D'ailleurs, de ce côté, aucune trace de nouvelle récidive.

Dans le pli de l'aîne droite, je constate la présence d'une masse indurée, mamelonnée, à grand axe transversal, s'étendant du milieu du pli de l'aîne jusqu'à la racine de la grande lèvre correspondante. Dans son ensemble, elle présente le volume d'un gros œuf de poule et paraît se décomposer en deux portions : l'une interne, bien mobile sur les parties profondes, l'autre externe, jouissant d'une mobilité douteuse, s'enfonce profondément au-dessous de l'arcade de FALLOPE, en connexion directe avec les vaisseaux fémoraux. La première portion me paraît formée par la dégénérescence des vaisseaux lymphatiques, qui, partis de la grande lèvre, vont se rendre aux ganglions internes de l'aîne ; l'autre résulte de la dégénérescence des ganglions eux-mêmes. La première peut être extirpée. En est-il de même de l'autre ? En un mot n'y a-t-il que juxtaposition des ganglions dégénérés par rapport aux vaisseaux ; ou ceux-ci sont-ils englobés dans la tumeur ?

L'examen de la circulation du membre permet de répondre dans une certaine mesure à cette question. Les battements artériels peuvent se sentir au niveau de la base du triangle de SCARPA, immédiatement en dehors de la tumeur. Ils paraissent cependant affaiblis comparativement à ceux du côté opposé. On arrive aussi à percevoir les battements artériels dans le creux poplité. D'autre part on observe de l'œdème du membre inférieur jusqu'au voisinage de la jarretière ; mais cet œdème est modéré, l'empreinte que laisse le doigt est peu profonde. J'en conclus que l'artère fémorale est comprimée, mais que son calibre n'est pas aplati, qu'il en est de même probablement de la veine fémorale, que ces deux vaisseaux ont été refoulés, déjetés en dehors. En raison de la situation de la partie interne de la tuméfaction, il est au contraire très probable que la crosse de la saphène interne est englobée dans la tumeur.

Maintenant, à quelle variété de tumeur maligne avons-nous affaire ? Nous ne saurions dire s'il s'agit d'un épithélioma ou d'un squirrhe ; mais notre attention est vivement attirée par la coloration particulière de la tumeur qui a envahi la peau et l'a distendue à son centre. En ces points elle est d'un gris cendré avec des taches noires. Cet aspect nous incline fortement à penser qu'il s'agit d'une tumeur mélanique.

Le moment est maintenant venu de répondre à la question posée par nos confrères et de nous prononcer sur l'opportunité d'une intervention. Dans les conditions où se trouve la malade, vaut-il mieux intervenir ou s'abstenir ?

Sans doute il n'y a pas de chances d'obtenir une guérison définitive. La généralisation est même certaine au bout de quelques mois. Mais ce n'est pas une raison pour abandonner la malade, si l'ablation est possible dans des conditions immédiates satisfaisantes.

Quelles seraient, en effet, les conséquences de la non intervention. J'ai vu un certain nombre de sujets dont on avait laissé évoluer l'affection à la période où se trouvait notre malade. La situation de ces malheureux est vraiment affreuse. Les douleurs en raison de la compression des filets nerveux sont des plus pénibles et déjà notre malade réclame l'opération à cause des vives douleurs qu'elle ressent ; mais bientôt les masses ganglionnaires dégénérées s'ulcèrent, laissant suinter un ichor fétide et irritant ; des colonies cancéreuses envahissent la peau de proche en proche, amenant de nouvelles ulcérations à bords indurés et saignants. La marche devient impossible en raison des ulcérations de plus en plus profondes, de plus en plus nombreuses, de plus en plus indurées. Ces plaies exhalent une odeur répugnante pour la malade et l'entourage.

Aussi vaut-il mieux intervenir toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indications absolues.

Chez notre malade il n'existe pas encore dans les parties profondes de l'abdomen de masses ganglionnaires indurées ; l'état général s'est maintenu assez bon. L'alimentation se fait à peu près normalement et si elle dort peu, c'est par suite des douleurs de la racine de la cuisse qui pourront disparaître après l'ablation.

Mais cette ablation est-elle possible ? Je le pense, parce que l'artère est déjetée, mais sûrement non englobée ; parce que la veine fémorale est dans le même cas selon toute probabilité. En tous cas elle pourrait être reséquée entre deux ligatures. N'agit-on pas ainsi dans le cas de dégénérescence ganglionnaire de l'aisselle ? Ne fait-on pas la résection entre deux ligatures de la veine axillaire ? Donc l'éventualité de la résection d'une portion de la veine fémorale ne me paraît pas devoir contre-indiquer une intervention.

En résumé, j'envisageais l'intervention non certes comme tentante et susceptible de donner au chirurgien beaucoup de satisfaction, mais comme possible, quoique difficile. Au point de vue de la malade, cette intervention avait l'avantage de supprimer les dou-

leurs, si pénibles, de la racine de la cuisse, d'entraver momentanément l'évolution de la maladie.

Je l'engageai donc à entrer dans mon service, et le 21 décembre je procédais à l'opération. Une incision en T, une des branches menée parallèlement à la direction de l'artère fémorale, l'autre dédoublée en forme de raquette parallèle à l'arcade crurale, circonscrivant la peau adhérente à sacrifier, mit la tumeur largement à nu. En dehors, l'artère fut facilement isolée ; la veine fémorale, au contraire adhérente, put cependant être disséquée. Je constatais que la saphène interne était largement englobée dans la tumeur. J'arrivais à placer une ligature sur l'embouchure de cette veine dans la fémorale, une seconde ligature ferma la saphène au-dessous de la tumeur. Celle-ci s'enfonçait profondément sous l'arcade crurale, qui dut être largement débridée, en sorte que toute la masse ganglionnaire fut extirpée jusque dans la fosse iliaque. Dès lors, en quelques coups de bistouri, la portion interne de la tumeur fut enlevée jusqu'au voisinage de la grande lèvre. Toute la plaie put être réunie avec drainage. Le 2 janvier, les sutures furent enlevées. La plaie était réunie par première intention et la malade quittait l'hôpital le 9 janvier 1899.

La pièce enlevée fut confiée à M. Carrière, directeur du Laboratoire des Cliniques. Il en a fait une étude très intéressante au point de vue anatomo-pathologique, bactériologique et chimique.

Voici le résultat de ses recherches, qui offrent un grand intérêt en raison des investigations qui se poursuivent de tous côtés sur la parasitologie du cancer :

ÉTUDE ANATOMIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

Les ganglions cancéreux recueillis sont au nombre de quatre : l'un a la grosseur d'une noisette, les trois autres ont chacun le volume de grosses noix.

Ces masses sont arrondies, ovoïdes ou sphériques, assez facilement énucléables.

Leur consistance est élastique, semi-molle en quelques points.

Sur une coupe on constate que le tissu qui les compose est d'un blanc jaunâtre uniforme, avec des îlots tantôt arrondis, tantôt irréguliers, d'un noir de jais : on jurerait des truffes. Ces îlots sont bien nettement délimités. On trouve aussi des traînées irrégulières d'un brun ocre ou grisâtres.

Étude histologique. — Des fragments de ces diverses tumeurs ont été recueillis et fixés dans l'alcool, le Lindsay et le Perenyi. Ils ont été déshydratés et inclus dans la paraffine après passage dans le toluol ; procédé le plus favorable pour les inclusions de larges surfaces comme l'affirme M. Borrel, et comme nous l'avons maintes fois constaté.

Les coupes ont été traitées suivant les méthodes suivantes : Hématoxyline éosine, hématoxyline et alcool picriqué ; thionine phéniquée ; Biondi ; méthode de Weigert pour les fibres élastiques.

Voici maintenant les résultats de nos examens sur ces diverses préparations.

Du côté de la périphérie, la tumeur est limitée par du tissu cellulo-adipeux infiltré de cellules embryonnaires types. On trouve au-dessous la capsule conjonctivo-élastique du ganglion infiltrée également par les mêmes cellules embryonnaires, et dont les vaisseaux présentent ordinairement de l'endo-périvascularite non spécifique. Les artères, en particulier, présentent ces altérations si bien décrites par Mayor et par Quénu en 1881 : il s'agit d'une transformation hyaline des tuniques avec hypergenèse de tissu élastique.

De la capsule se détachent de grosses travées constituées par des fibres conjonctives et quelques fibres élastiques. Ces fibres sont peu serrées et laissent souvent entre elles des mailles remplies de cellules embryonnaires, de cellules cancéreuses avec ou sans pigment, ou de pigment seul. Les vaisseaux que l'on y rencontre présentent les mêmes altérations que nous avons précédemment décrites : nous n'y reviendrons pas.

De ces travées se détachent des travées secondaires de moins en moins volumineuses et totalement dépourvues de fibres élastiques. Ces travées donnent elles-mêmes naissance à des travées tertiaires, etc.

Les tumeurs ont, de par ce fait même, une structure très nettement alvéolaire, les alvéoles étant circonscrits de toutes parts par les travées de premier et de second ordre.

Sous la capsule, on trouve de distance en distance des îlots irréguliers de petites cellules rondes à noyau unique, bien coloré, à protoplasma peu abondant, au milieu d'un reticulum délié lymphoïde : ce sont des lymphocytes normaux, et ces îlots représentent les seules parties des ganglions restées saines au milieu de l'invasion cancéreuse.

Dans les alvéoles circonscrits par les travées de premier et de second ordre on retrouve des fibrilles connectives très déliées que l'on observe surtout avec

une grande netteté après le pinceautage. Ces fibrilles forment un réticulum très délié mais qui manque absolument en certains points : particulièrement dans les points où nous rencontrerons la fonte muqueuse et l'infiltration mélanique.

Les cellules qui sont situées dans les alvéoles présentent des caractères bien nets qui nous permettront de reconnaître la nature exacte de ces tumeurs. Ces cellules sont très nombreuses dans certains alvéoles sans qu'elles les bourrent complètement ; elles sont ordinairement séparées par une substance vaguement granuleuse, à granulations réfringentes, ne se colorant par aucun des procédés employés.

Ces cellules sont remarquables par leur volume : elles sont énormes, hypertrophiées et très irrégulières comme forme : les unes ont la forme de raquettes ou de sabliers, les autres présentent des prolongements irréguliers et quasi amæboïdes ; il est impossible de décrire tous les aspects cellulaires observés, tant ce polymorphisme est considérable.

Ces cellules renferment toujours plusieurs noyaux. Ces noyaux présentent fort souvent des figures karyokynétiques. Ils sont ordinairement difformes, biscornus et bourgeonnants. Cette multiplication nucléaire endogène est très manifeste et l'on peut retrouver sur nos coupes toutes les formes représentées dans le beau livre de Fabre-Domergue et considérées par quelques auteurs comme des organismes parasitaires. On y trouve en effet des noyaux étranglés, des noyaux séparés les uns des autres et généralement uniformes avec deux ou trois nucléoles à contours réguliers.

A côté de ces noyaux bien colorés par les procédés électifs, on rencontre ces masses claires considérées par Fabre-Domergue comme des noyaux dégénérés : ceux-ci sont tantôt complètement réfringents et incolores, tantôt ils présentent, lorsqu'on les regarde à de forts grossissements, des traces vagues de la charpente de linine avec quelques grains chromatiques isolés.

Ces formes sont même abondantes dans ces préparations et on rencontre des placards entiers composés de cellules à noyaux ainsi modifiés.

Par tous ces caractères ces cellules nous semblent donc appartenir au groupe des cellules des carcinomes glandulaires. Ajoutez à ceci qu'elles présentent celui que M. Heurtaux considère comme ayant une signification quasi pathognomonique des carcinomes glandulaires : la liberté de cellules par rapport aux parois alvéolaires. « Elles sont juxtaposées et comme en suspension dans un liquide, sans adhérence intime entre elles ».

Mais à côté de ces cellules caractéristiques il en est d'autres non moins nombreuses et non moins intéressantes.

Nous voulons parler des cellules dégénérées et des cellules à pigment.

Nous avons déjà décrit les cellules à noyaux dégénérés. On rencontre à côté de celles-ci, mais en nombre beaucoup plus grand, des cellules cancéreuses ayant subi la fonte muqueuse : elles sont disséminées irrégulièrement dans les alvéoles mais elles en occupent habituellement le centre. Elles se distinguent par ce que leurs noyaux sont peu colorés. Ordinairement ces noyaux ne sont représentés que par de très fines granulations chromatiques en poussières (chromatozoïtes). Leur protoplasma est granuleux et s'imprègne en rose violacé après action de la thionine.

On rencontre à côté de ces cellules des cellules beaucoup plus rares en dégénérescence hyaline et colloïde, mais il est à notre avis bien difficile de distinguer entre eux ces divers processus dégénératifs, et tout en essayant comme Ernst, Numa, Pianèse, Landel et d'autres encore de les différencier, nous devons avouer avec Fabre-Domergue que ces matières (muqueuse, hyaline, colloïde), ne constituent pas des entités morphologiques surtout dans ces tissus pathologiques. Ce sont des produits mal définis de désassimilation protoplasmique susceptibles de s'isoler ou de se combiner entre elles en formant des grains ou des inclusions intracellulaires ou d'imbiber des productions d'origine diverse en en modifiant l'aspect et les caractères chromatophiles.

Nous abordons enfin l'étude des cellules pigmentaires. Nous avons vu que macroscopiquement nos tumeurs étaient véritablement truffées. Les îlots noirâtres que nous avons observés correspondent aux îlots de pigments ou de cellules chargées de pigments. A la périphérie de ces îlots l'on voit le protoplasma cellulaire s'infiltrer d'une poussière noire ou brunâtre. Celle-ci semble se localiser de préférence au pourtour des noyaux leur formant de véritables auréoles. Puis, en se rapprochant du centre, on voit la poussière pigmentaire infiltrer la totalité du protoplasma cellulaire. Les granulations deviennent de plus en plus volumineuses, forment de petites masses irrégulières

qui masquent complètement le noyau si tant est que celui-ci existe encore. La cellule est alors transformée en un bloc pigmentaire. Elle finit pas éclater et on ne voit plus alors qu'un amas de pigments qui conserve partiellement encore la forme de la cellule originelle. On retrouve, mais en petit nombre, ces cellules à pigment jusque dans les travées connectives qui circonscrivent les alvéoles carcinomateux.

De par tous ces caractères nous portons donc le diagnostic anatomique de : carcinome glandulaire encéphaloïde mélanique avec îlots de dégénérescence muqueuse, hyaline et colloïde.

Etude du suc cancéreux frais. — Nous avons étudié au moment de l'ablation le suc cancéreux obtenu par râclage de la surface de section, soit sans coloration, au Biondi ou à la thionine phéniquée.

Nous y avons retrouvé les mêmes éléments cellulaires cancéreux que nous avons décrits dans les alvéoles et nous ne jugeons pas à propos d'y revenir ici; nous nous contenterons de faire la même constatation et d'insister sur les formes de multiplications endogènes avec dégénérescences nucléaires.

Etude bactériologique. — Les tumeurs aussitôt leur ablation ont été placées dans des vases rigoureusement stérilisés et ont été immédiatement transportées à quelques pas de là dans notre laboratoire des cliniques. Là, après avoir saisi la pièce à l'aide d'une pince stérilisée, nous avons recueilli de petits fragments centraux avec un bistouri stérilisé. Ces fragments ont été alors placés dans un mortier stérile et broyés avec du verre pilé et des bouillons également stérilisés. Le liquide obtenu a été ensemencé et injecté aux animaux.

Inoculations. — Nous avons inoculé ce liquide sous la peau et dans le péritoine de deux lapins, de deux cobayes et d'une souris grise. Aucun de ces animaux n'est mort ; aucun n'a présenté d'accidents : tous vivent encore et n'ont aucune tumeur au lieu d'inoculation.

Un lapin et un cobaye ont reçu sous la peau des petits fragments de cette tumeur. Ils vivent, sont bien portants et on ne trouve rien au lieu de l'inoculation.

Cultures. — Le liquide obtenu par trituration a été ensemencé en différents milieux que voici : bouillon peptonisé, bouillon pepto-glyco-glycériné, lait, gélose, sang humain et sérum de sang humain, urine, gélose et sang, liquide d'ascite. Chacun de ces milieux a été cultivé en anaérobie et en aérobie. Examinés chaque jour pendant deux mois et demi, aucun de ces tubes ne nous a donné une seule culture positive.

Désireux de nous convaincre et de savoir si cette tumeur renfermait des sporozoaires, nous avons eu recours au procédé de VLASCOVITCH qui est électif pour ces organismes, au dire de cet auteur et de M. BALBIANI lui-même.

Des coupes de ces fragments de tumeurs ont été placées dans la lessive de potasse pendant vingt-quatre heures, le lendemain on centrifugeait et on recueillait le résidu. Ce résidu, traité par la méthode de VLASCOVITCH, ne m'a jamais montré un seul sporozoaire avec sa coloration élective.

De tout ceci il résulte que : dans le cas actuel nous n'avons pu obtenir aucune culture, aucune inoculation positive; cette tumeur ne renfermait aucun parasite *décelable à l'aide des méthodes que nous possédons.*

Étude chimique sur le pigment renfermé dans cette tumeur. — A l'heure actuelle les auteurs qui ont étudié la question se partagent en deux camps. Les uns pensent qu'il s'agit d'altérations spéciales de la matière colorante du sang ; telle est l'opinion de BARRNEL, BRESCHET, ROKITANSKY, KÖLLIKER, EIGER, LANGHANS, GUSSENBAUER, ECKER, RINDFLEISCH, NEPVEU, et CLAUZEL. Les autres pensent qu'il s'agit d'une substance spéciale élaborée par les cellules : c'est l'opinion de LEBERT, ROBIN, CORNIL, RANVIER, VIRCHOW et BAUMGARTEN.

Nous n'avons retrouvé dans cette substance pigmentaire aucun des caractères de la matière colorante du sang ou de ses dérivés. Ce n'est point de l'hémoglobine pure, car on ne retrouve pas la réaction caractéristique de HELLER et les solutions de ce pigment que nous avons pu obtenir à l'aide de lessive de soude ne présentaient point les bandes d'absorption spectroscopiques de l'hémoglobine. De plus il est insoluble dans les alcalis étendus, l'éther, et l'alcool acidulé. Il ne s'agit point non plus d'hématoïdine, car cette substance est soluble dans le chloroforme qui ne dissout point le pigment que nous étudions. Il ne s'agit pas d'hémine, car il n'est point dissous dans SO^4H^2 ni dans AH^1. Il n'est point non plus dissous comme l'hémine dans l'alcool méthylique. Ce n'est point enfin de l'hématine, car il est insoluble dans l'éther, dans les alcalis étendus et dans l'alcool chargé d'HCl. La solution alcaline que nous avons pu en obtenir ne présen-

tait pas du reste les bandes d'absorption caractéristiques de l'hématine.

Ce pigment ne présente pas non plus les réactions chimiques caractéristiques des pigments ferriques ; coloration bleue au contact du ferricyanure, du ferrocyanure de potassium et du sulfocyanure d'ammonium. Il ne présente pas non plus les réactions colorantes que Hasse reconnaît aux albuminates de fer, coloration bleue au contact du cyanoferrure de potassium additionné d'HCl ; coloration verte en présence du sulfure d'ammonium. Il ne donne pas non plus la réaction du fer organique de Bunge : coloration verte-noire au contact du sulfhydrate d'ammoniaque. Du reste si ce fer organique ne présente aucune réaction spéciale en présence du ferrocyanure en solution acétique ou chlorhydrique, en présence du sulfocyanate de potassium, mais il se dissout lentement, il est vrai, dans l'acide chlorhydrique dilué, ce que ne fait point le pigment que nous étudions.

Il présente au contraire le même caractère que l'hématogène de Bunge, la nucléine ferrugineuse ou ferratine de Schmiedeberg et Marfori : la solubilité dans les alcalis (lessive de soude). Des coupes déparraffinées et placées dans la lessive de soude perdent presque complètement leur pigment. La lessive de soude se colore en rouge-brun mais ne présente aucune bande d'absorption spectroscopique.

En résumé, ce pigment ne présente aucun des caractères chimiques de l'hémoglobine ou de ses dérivés. Il ne présente aucune des réactions des pigments ferriques, sauf celle de la ferratine de Schmiedeberg et Marfori.

Ce pigment ne présente aucun des caractères des cristalloïdes protéiques : coloration rouge au contact du nitrate acide de mercure, coloration violette en présence du sulfate de cuivre, coloration jaune en présence de l'iode, de l'acide nitrique et de l'ammoniaque.

Il ne présente non plus aucun caractère qui nous permette de le rapprocher de la chromatine ou des dérivés de la chromatine : solubilité dans les solutions de NaCl, SO^4Cu, ferrocyanure de potassium et phosphate de potasse. Il n'est pas digéré par la trypsine.

Contrairement à Dressler, nous n'avons pas pu précipiter le pigment de la solution obtenue dans la lessive de soude par les acides. Nous n'avons pas pu les dissoudre non plus dans l'acide azotique bouillant.

Ajoutons que ce pigment est également insoluble dans le sulfure de carbone, les acides lactique et formique à froid ou à chaud.

En résumé le pigment mélanique ne présente que la réaction de la ferratine.

Il ne nous est donc point permis de faire des conclusions définitives sur la nature précise de ce pigment : l'avenir nous l'apprendra peut-être et nous fera connaître et sa provenance et sa signification.

FAITS CLINIQUES

Emphysème sous-cutané de la face, du cou et du tronc, dû à une perforation du larynx chez un tuberculeux

par MM. **Raviart**, interne et **Marlier**, externe des hôpitaux.

D... Arthur, 23 ans, homme de peine, entre dans le service de M. le professeur Combemale, à l'hôpital de la Charité, présentant les différents symptômes caractéristiques d'une tuberculose pulmonaire déjà avancée.

Fils de père tuberculeux, il commence à tousser à 16 ans ; sa toux n'a pas cessé depuis, et il a eu, il y a dix mois, des hémoptysies abondantes.

Actuellement, faible et très amaigri, il doit entrer à l'hôpital ne pouvant plus se livrer à aucun travail.

L'auscultation nous montre l'existence de grandes cavernes occupant le sommet des deux poumons, et des râles nombreux entendus partout annoncent la généralisation dans les deux poumons des lésions tuberculeuses.

Quelques jours après son entrée, des ulcérations tuberculeuses de la langue apparaissent ; d'autre part, comme il se plaint depuis longtemps en même temps d'aphonie et de dysphagie douloureuse, nous pensons que les ulcérations ne siègent pas qu'à la langue et que le larynx a également dû être ensemencé au passage par les produits tuberculeux expectorés.

Notre attention n'était guère attirée vers ce malade, lorsque, un matin, à la visite, nous trouvons sa face amaigrie de tuberculeux excavé, complètement boursouflée, rendue presque méconnaissable par un gonflement considérable des paupières, des joues, de la région cervicale surtout, dont la tuméfaction énorme s'accusait encore aux régions antérieures et latérales ; la région claviculaire était déformée.

Le toucher sitôt pratiqué donnait la sensation d'une crépitation neigeuse très caractéristique, et l'air contenu dans le tissu cellulaire se déplaçait en crépitant à la moindre pression.

Terrifié, le malade réclame notre secours et notre intervention contre cet emphysème qui le suffoque. Par mots entrecoupés, il nous raconte que ce fut la nuit, après un accès de toux, que le gonflement survint, rapidement constitué ; un sifflement annonçait, au milieu de la toux, la pénétration de l'air dans les tissus.

Cet emphysème occupait, ainsi que nous l'avons vu, la face et le cou ; la palpation permit en outre de constater l'envahissement de la région deltoïdienne,

de la région pectorale et enfin de la région dorsale, la crépitation neigeuse pouvant être sentie jusqu'à la dernière vertèbre dorsale.

Les régions déformées par l'emphysème offraient à la palpation outre la crépitation précédemment signalée, une consistance élastique.

La percussion permettait d'obtenir une certaine résonnance des régions emphysémateuses ; l'auscultation enfin permettait d'entendre un bruit analogue au murmure vésiculaire et de temps à autre de petits sifflements que l'importance de l'emphysème empêchait d'utiliser pour la recherche du point perforé.

Cet emphysème diminua très rapidement et nous permit de constater que la région cervicale antérieure, où il s'était cantonné, présentait de l'empâtement profond.

Le malade mourut quatre jours après l'apparition de l'accident.

A l'*autopsie*, la région cervicale est minutieusement disséquée, la zone superficielle est trouvée intacte, et, le muscle sterno-cléido-mastoïdien récliné, nous incisons l'aponévrose moyenne. Nous trouvons alors, baignant dans un pus crémeux, les muscles de la région sous-hyoïdienne ; leur gaîne a disparu, ils sont disséqués en quelque sorte par le pus et en partie mortifiés en certains points. Cette loge purulente s'étend verticalement de l'os hyoïde vers le sternum sur une longueur de douze centimètres. Elle a pour limites : en haut, les muscles sus-hyoïdiens ; en bas, elle s'arrête un peu avant l'insertion sternale des muscles sterno-hyoïdiens. La largeur de la loge est de six à sept centimètres et sa limite est en rapport avec l'étendue du décollement des muscles. Ceux-ci laissent le *larynx* presque dénudé. Le cartilage thyroïde, dépourvu de périchondre sur une moitié environ de sa surface externe, présente au niveau de la pomme d'Adam des lésions de chondrite extrêmement accentuées, le cartilage aminci est déchiqueté, et le bord antérieur du larynx est échancré en sa partie supérieure sur une longueur de 15 millimètres. C'est à travers cette échancrure que nous apercevons la membrane thyro-hyoïdienne perforée sur une longueur de six millimètres sur trois de large. Toute la loge comprise entre l'hyoïde, le thyroïde et la membrane thyro-hyoïdienne, est naturellement remplie de pus. Ce pus, comme celui qui a décollé les muscles sous-hyoïdiens, est verdâtre, crémeux, en tout semblable au contenu des cavernes.

Nous enlevons alors le larynx, la trachée et les poumons après avoir constaté que la face postérieure du larynx et de la trachée ne participait aucunement au processus, et que, d'autre part, il n'y avait aucun rapport entre l'emphysème et l'état des poumons, un examen minutieux de ces derniers permettant d'affirmer l'absence d'effraction en un point quelconque de leur sommet.

Le larynx et la trachée sont alors incisés le long de leur face postérieure. La face interne du larynx présente de larges ulcérations peu profondes, siégeant au-dessous des cordes vocales inférieures.

Fait à noter : les cordes vocales sont intactes, ainsi que toute la région supérieure du larynx.

C'est au sommet de l'angle formé par les cordes vocales que siège notre perforation. Elle est, nous l'avons vu, de forme verticale. Il est très difficile de dire si elle s'est produite au niveau d'une ulcération préexistante. La chose est probable, et la rupture est d'autant plus explicable que ce point de la paroi laryngée est l'un des moins résistants.

Notons encore l'absence de lésions dans la région aryténoïdienne, alors que cette région est dans la phtisie laryngée le siège des lésions les plus importantes.

Quant à la face interne de la trachée, elle était rougeâtre en certains points, putrilagineuse et parsemée d'ulcérations très nombreuses, la plupart transversales, ayant dénudé les arcs cartilagineux, criblant la paroi de petites excavations. Aucune, toutefois, n'atteignait la face externe.

Les poumons ont été trouvés tels que l'examen clinique les avait révélés : cavernes très grandes occupant les deux sommets, infiltration tuberculeuse de tout l'organe.

Le foie, les reins, la rate, présentaient les altérations classiques peu intéressantes dans l'espèce.

Telle est, brièvement rapportée, cette observation, très intéressante :

1° Par la rareté de la complication de la tuberculose à laquelle elle a trait ;

2° Par le siège anormal des lésions laryngées.

CONGRÈS

X° Congrès des Aliénistes et Neurologistes de la langue française.

Ce Congrès s'est tenu à Marseille du 4 au 8 avril. M. BALLET y a donné l'état de la question de la **psychose polynévritique**. C'est le résumé de son rapport que l'on trouvera ici.

En 1889, quand KORSAKOFF vint parler des psychoses polynévritiques, il se produisit tout d'abord une sensation d'étonnement et de surprise, car si les polynévrites étaient bien connues, les troubles mentaux n'avaient pas été remarqués. Cependant leur réalité fut bientôt admise et les observations de faits de ce genre se multiplièrent.

CHARCOT avait déjà signalé les troubles amnésiques de la névrite alcoolique, mais c'est à KORSAKOFF que revient le mérite d'avoir décrit cette psychose. On doit entendre sous ce nom des syndromes mentaux, associés d'habitude à la polynévrite et reconnaissant la même cause toxi-infectieuse. Il y a une grande multiplicité de formes dans les troubles mentaux observés. De plus, on peut trouver des polynévrites sans troubles mentaux, et d'autre part, les mêmes troubles mentaux avec peu de névrite. Ce sont les

manifestations extérieures de deux lésions juxtaposées, relevant d'une même cause.

La forme délirante est constituée par un délire, ayant les caractères du délire onirique de M. Régis. Le malade a du subdélire le soir, des rêvasseries pendant la nuit, persistant parfois le jour. En voici un exemple : un homme, atteint d'une fièvre typhoïde, pendant la convalescence de laquelle il rêve le soir et a des hallucinations dans la journée, guérit, mais s'imagine qu'il a été décoré et a réalisé une fortune en vendant des bibelots rapportés du Tonkin. Sa femme, qui n'avait pas voulu le contredire, eut beaucoup de peine, au bout d'un mois, à le ramener à la réalité.

On peut voir la confusion mentale dans sa forme typique, prolongée quelquefois longtemps, quelquefois définitive quand elle aboutit à la démence.

Dans une forme amnésique, l'amnésie est pure. Le malade cause très bien des choses présentes, mais si on l'éloigne du moment, il a perdu tout souvenir, même des choses de la veille. Ces troubles sont souvent définitifs.

La psychose polynévritique est d'origine toxi infectieuse, exotoxique ou endotoxique. S'il s'agit des troubles mentaux, du décours de la fièvre typhoïde ou de l'alcoolisme, il faut y voir le résultat de l'action du poison sur les cellules cérébrales.

Mais il y a des faits nombreux où les troubles mentaux persistent alors que, depuis longtemps, l'organisme s'est débarrassé des toxines ou du poison. On a cherché alors des lésions matérielles des cellules. Jusqu'en 1896, on ne signalait que l'œdème de la pie-mère, la congestion des méninges, la surcharge pigmentaire des cellules. M. Ballet a fait depuis lors plusieurs examens histologiques. Il prend comme type une alcoolique atteinte de psychose polynévritique, à forme de confusion mentale, et morte de phtisie. Dans la région du lobule paracentral, les grandes cellules avaient perdu leur forme triangulaire ; il y avait de la chromatolyse périnucléaire ou totale, et le noyau était rejeté à la périphérie. Il est probable que ces cellules nerveuses sont altérées secondairement à la lésion des fibres nerveuses.

Il est vraisemblable que ces lésions conditionnent l'amnésie, mais elles ne sont pas l'intermédiaire obligé entre la toxémie et les formes délirantes. La cellule crie dès que sa nutrition est troublée par la toxine, tandis qu'il faut un certain laps de temps pour qu'une lésion s'établisse. Quand on fait la revue des cas de cérébropathies psychiques, survenues sous l'influence d'une toxémie, et présentant la physionomie assignée à la psychose polynévritique, on trouve des psychoses avec beaucoup, avec peu ou avec pas de polynévrite. Par suite, l'expression de psychose polynévritique est mauvaise ; il vaut mieux cérébropathie psychique toxémique ou neuro-cérébrite toxique.

Il y a lieu de diviser les maladies mentales en deux groupes, les premières, accidentelles (paralysie générale et toxémies) ; les secondes, constitutionnelles, tenant à un défaut d'organisation congénitale de la cellule nerveuse.

M. Vallon rapproche de la forme délirante certains cas d'alcoolisme aigu. Il n'y a rien d'étonnant à cette analogie symptomatique puisque l'alcoolisme est aussi une intoxication.

M. Régis a constaté que la psychose post-éclamptique peut se montrer indépendamment des attaques d'éclampsie. C'est qu'en effet, il s'agit là d'une psychose toxique ou infectieuse. Cette origine, qui est aussi celle de la psychose polynévritique, indique qu'on retrouve la même symptomatologie dans les deux affections.

M. Laroussinie cite un cas de psychose post-grippale à forme de confusion mentale, où la mort a eu lieu par syncope et semble due à l'extension des lésions au noyau d'origine du vague.

M. Mabille communique deux observations où l'amnésie a dominé la scène pathologique. Dans l'un, il s'agissait d'une femme qui, dans sa cave, buvait à même au robinet des barriques jusqu'à ce qu'ivresse s'ensuivît.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. Berger recommande le massage soigneux et prolongé, dans le traitement du torticolis congénital.

— M. Saint-Philippe conseille de supprimer le lait momentanément dans les gastro-entérites que l'on observe à l'époque du sevrage.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Rendu a observé un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoques.

— MM. Achard et Delamare proposent d'explorer la perméabilité et l'activité du rein par la glycosurie phloridzique.

Société de Dermatologie. — M. Jullien a observé un cas de réinfection chez un hérédo-syphilitique typique.

— M. Brocq. L'orthoforme provoque des éruptions très prurigineuses.

— M. Fournier a observé des malades chez lesquels la verge devient noire, infiltrée, à la suite d'absorption d'antipyrine.

— M. Abadie. Le zona est d'origine vasculaire.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 14 Avril 1899

Présidence de M. le docteur Carlier, *président.*

Atrophie musculaire suite d'hémorrhagie médullaire

M. Moty présente un malade qu'il croit avoir eu une hémorrhagie médullaire dans la région supérieure de la moelle épinière et résume ainsi son observation : Sous-officier au 1er régiment de ligne, cet homme éprouva, la nuit des derniers jours de manœuvres de 1897, une lassitude considérable mêlée de fourmillements dans les extrémités, cédant la journée à l'entraînement de la marche. Le quatrième jour, au réveil, cependant, paralysie complète des quatre membres et des muscles du cou, à l'exception du sterno-cléido mastoïdien ; intégrité des sphincters ; respiration normale.

Trois mois après, le malade commença à remuer les doigts, puis les membres. Il fit sans succès un séjour à Bourbon-l'Archambault et fut évacué ensuite sur l'hôpital militaire de Lille.

A cette époque il présentait une atrophie musculaire généralisée à tous les membres ; le cou n'est pas touché, les réflexes sont conservés et même un peu exagérés. A l'épaule il faut noter une hyperexcitabilité musculaire et la moindre percussion la fait soulever. L'excitabilité électrique est presque nulle. Soumis à un traitement ioduré, son poids s'élève de 500 gr.

M. Moty fait remarquer que depuis six mois le malade commence à tousser et qu'il existe actuellement une légère induration du sommet droit. Il lui semble qu'on ne peut expliquer ces phénomènes qu'en admettant l'existence d'une hémorrhagie dans la partie supérieure de la moelle.

Il reconnait que les manœuvres de cette année furent excessivement pénibles pour les hommes. « Des soldats rentraient parfois dans leurs cantonnements à minuit pour en repartir à trois heures du matin. »

M. Combemale ne croit pas devoir s'arrêter au diagnostic d'hémorrhagie médullaire, car depuis dix-huit mois que l'accident s'est produit, de la sclérose se serait produite et certains phénomènes plus localisés domineraient. L'avis hâtif qu'on peut donner, c'est qu'on est en présence d'une lésion médullaire, et non d'une lésion périphérique ; d'après l'examen rapide, il est difficile de préciser le siège précis de la lésion.

M. Ausset se range à l'opinion de M. Combemale, et repousse l'idée d'une lésion extrinsèque à la moelle, telle qu'une compression par hémorrhagie, tumeur, tuberculose, etc., se basant sur la dégénérescence consécutive du faisceau pyramidal qui survient dans les affections de ce genre.

De l'atrophie testiculaire consécutive à la section du cordon.

M. Carlier rapporte trois opérations curieuses de ligature du cordon. Sur les trois opérés, deux, déjà d'un certain âge, n'eurent aucune atrophie testiculaire malgré la section complète du cordon ; mais dans aucun cas, M. Carlier n'eut de la gangrène du testicule, comme on en voit de si fréquentes observations dans la littérature chirurgicale.

M. Carlier s'étonne que l'atrophie testiculaire survienne rapidement chez l'adulte auquel on a sectionné les artères du cordon, tandis que chez le vieillard, la même opération ne produit aucun changement du côté de la glande génitale.

Comme exemple, M. Carlier montre un malade opéré d'un varicocèle, auquel on a lié les veines du cordon, et en même temps la spermatique et la déférentielle. Actuellement le testicule et l'épididyme ont complètement disparu et le palper ne permet pas de retrouver le testicule.

M. Moty a également observé la même évolution testiculaire. Pour éviter cette atrophie, dans le cas de varicocèle, il lie, séparément, chacune des veines du cordon, en les isolant, par la dissection des artères. Pour expliquer la persistance du testicule chez le vieillard, après la ligature du cordon, il faudrait admettre que chez eux les artères du scrotum ont acquis plus d'importance et peuvent suppléer la funiculaire, la spermatique et la déférentielle, tandis que chez l'adulte le phénomène contraire se produirait.

Perforation d'un cancer de l'œsophage dans le péritoine

M. Raviart, interne des hôpitaux, présente les pièces anatomiques d'un cancer du tiers inférieur de l'œsophage, avec une greffe du reste sur l'estomac tout près du cardia.

Le diagnostic posé, le malade s'émaciait lentement quand il se plaignit doucement un matin d'avoir un peu mal au ventre. Le lendemain il était mort ; à l'autopsie, péritonite généralisée ; en recherchant la perforation causale, on trouva non sans peine l'ouverture dans la portion infradiaphragmatique de l'œsophage. Une autre ouverture, intraœsophagienne, existait à six centimètres au-dessus du cardia. M. Raviart fait remarquer la longueur du trajet fistuleux, mettant en communication par l'intermédiaire d'un long chapelet ganglionnaire, carcinomateux et ramolli, le tiers inférieur de l'œsophage avec l'abdomen.

M. Gaudier dit que l'intérêt de cette pièce réside aussi en ce que le cancer de l'œsophage siège rarement dans le tiers inférieur : le plus souvent il siège à la partie moyenne.

Un clamp de DOYEN spontanément brisé en place

M. Lambret raconte un incident survenu chez l'une de ses malades, quatre heures après l'opération d'hystérectomie vaginale. Un des clamps de Doyen, posé sur le ligament large et chargé d'assurer l'hémostase, se rompit brusquement. La malade ressentit une véritable explosion sonore dans son ventre et le médecin appelé ne put expliquer ce qu'elle avait perçu d'aussi insolite. L'hémostase avait été suffisante toutefois, car aucune hémorrhagie ne se produisit. Ce ne fut que quarante-huit heures après l'opération qu'on eut l'explication de l'accident.

Ce fait montre qu'on ne devrait jamais négliger la pose d'un petit clamp de soutien, comme le préconise Doyen, et qu'on pourrait éviter ainsi des hémorrhagies funestes.

VARIÉTÉS

A quel âge l'homme est-il en possession du maximum de sa force physique? Un médecin allemand, qui a été à même de faire, avec un dynamomètre de son invention plus de dix mille expériences sur des sujets appartenant un peu à toutes les catégories sociales, vient de publier dans un recueil spécial le résultat de ses nombreuses et très intéressantes observations.

Représentée graphiquement, la force moyenne d'un homme de constitution saine est une courbe, à peu près parabolique mais irrégulière, dont le sommet avoisine trente et un ans. Ou, si l'on préfère, en d'autre termes, c'est à cet âge que le maximum de puissance physique semble généralement atteint.

Un adulte de dix-sept ans, d'après les tableaux de moyennes dressés par le médecin que nous citons, doit pouvoir soulever sans difficulté un poids de 126 kilos. A vingt ans, sa force dynamométrique est de 144 kilos. Enfin, à trente et un ans, elle s'élève à 200 k. — Un homme de quarante ans ne peut plus soulever qu'un poids de 153 kil. 680 ; à cinquante ans, sa force est réduite à 148 kil. 500 ; à soixante-dix ans, elle tombe à 112 kilos.

L'auteur en question a fait également de curieuses expériences sur les indigènes du Togoland, d'où il résulte que, contrairement à l'opinion généralement répandue, la force musculaire des nègres est à peu de chose près pareille à celle de la race blanche.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Dans sa séance du 29 mars, la Chambre des Députés a repoussé **l'amendement Vacher, relatif à l'impôt de 10 centimes** que ce député proposait de mettre sur chaque bouteille d'eau minérale, sous prétexte de ramener au droit commun fiscal cet élément de la fortune publique, qui a, jusqu'ici, toujours échappé à l'impôt. M. Astier, de l'Ardèche, dans une interruption très applaudie, M. J. Legrand, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'intérieur, ont montré qu'il s'agissait d'un impôt sur la santé publique et fait échouer la proposition. C'était le sort qu'elle méritait !

— Le Ministre de l'Instruction publique vient d'instituer une commission pour rechercher et proposer les modifications à apporter au **statut de l'agrégation en médecine.** Ont été nommés membres de cette commission, sous la présidence de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur : MM. les professeurs Brouardel et Bouchard, de Paris, Pitres, de Bordeaux, membres du conseil supérieur de l'Instruction publique ; Vialleton, de Montpellier ; Charpentier, de Nancy ; Charpy, de Toulouse ; Bondet, de Lyon ; Dubar, de Lille. Nous adressons, à l'occasion de cette distinction, à notre collègue et collaborateur nos bien vives félicitations.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Année scolaire 1898-1899

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

DU 16 MARS AU 31 JUILLET 1899

Première année de Médecine

LUNDI	Clinique méd ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
	Cours de physique biologique.	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe .	de 5 h. à 6 h.

MERCREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques de physique	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physique biologique .	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie .	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
	Cours de physique biologique .	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.

Deuxième année de Médecine

LUNDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clinique méd ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques de chimie .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie biologique . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Clinique méd. ou clin chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.

Troisième année de Médecine

LUNDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie	de 3 h. à 4 h.
MARDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de bactériologie	de 3 h. à 5 h.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie.	de 3 h. à 4 h.
JEUDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de bactériologie	de 3 h. à 5 h.
	Cours de médecine opératoire .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie	de 3 h. à 4 h.
SAMEDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe .	de 5 h. à 6 h.

Quatrième année de Médecine

LUNDI	Clinique médicale des enfants.	à 9 h.
	Cours de pathologie interne . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. à 6 h. 1/2.
MARDI	Clinique chirurg. des enfants .	à 10 h. 1/4.
	Cours de médecine légale. . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Cours de médecine opératoire .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Cours de pathologie interne. .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. à 6 h. 1/2.
JEUDI	Clinique médicale des enfants .	à 9 h.
	Confér. du labor. des cliniques	à 10 h. 1/2.
	Cours de médecine légale . . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique chirurg. des enfants .	à 10 h. 1/4.
	Cours de pathologie interne .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de médec. opér.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. à 6 h. 1/2.
SAMEDI	Clinique médicale des enfants.	à 9 h.
	Cours de médecine légale. . .	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. à 6 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

LUNDI	Cours de botanique.	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Travaux pratiques de chimie .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Cours de chimie biologique . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
SAMEDI	Cours de botanique.	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale. .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI	Cours de botanique.	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.
	Cours de bactériologie.	de 3 h. à 4 h.
MARDI	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de bactériologie	de 3 h. à 5 h.
MERCREDI	Cours de bactériologie.	de 3 h. à 4 h.
	Cours de chimie biologique . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de bactériologie.	de 3 h. à 5 h.
VENDREDI	Travaux pratiques de chimie .	de 9 h. à midi.
	Cours de bactériologie.	de 3 h. à 4 h.
SAMEDI	Cours d'histoire naturelle . . .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux pratiques de chimie .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI	Cours de botanique.	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Travaux prat. d'hist. naturelle	de 2 h. à 4 h.
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Cours de chimie biologique . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de botanique.	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux pratiq. de physique .	de 2 h. à 4 h.
VENDREDI	Travaux prat. d'hist. natur. .	à 8 h.
	Travaux pratiq. de pharmacie.	à 2 h.
SAMEDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat de pharmacie.	à 2 h.
	Cours de chimie organique . .	de 5 h. à 6 h.

A l'occasion des fêtes qui ont accompagné l'inauguration du Monument et de l'Institut Pasteur, des **distinctions honorifiques** ont été décernées à plusieurs de nos confrères. Nous leur adressons nos bien vives félicitations.

M. le docteur Hennart, de Lille, a été nommé officier d'Académie ; M. le professeur Calmette, officier du Mérite agricole ; et son élève, M. Guérin, chef de laboratoire, chevalier du Mérit agricole.

— Le **Syndicat médical de Lille,** dans sa séance du 7 courant, a résolu, après une brève discussion, d'adhérer, en tant que syndicat, à la proposition émanée des conseils d'administration du *Concours médical* et du *Sou médical,* et relative à la création d'une Compagnie d'assurances-accidents, constituée par les seuls médecins comme actionnaires.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. L.-E.-L. Plus, de Lille, a soutenu, le mercredi 12 avril, sa thèse de doctorat (5me série, n° 119), intitulée : **Les palpitations de l'aorte abdominale.**

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Bertrand, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme) ; Percheron, médecin principal de la marine ; Friaque, médecin militaire à St-Mihiel ; Jacob, d'Avallon (Yonne) ; Sebut, médecin-major de la mission Gentil.

Cocheteux, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes. Nous adressons à sa famille l'expression de nos condoléances.

Mavrogeni Pacha, premier médecin du Sultan, à Constantinople.

Jourdan, interne de l'hôpital St-Roch, à Nice ; Antoine, étudiant à la Faculté de Nancy.

BIBLIOGRAPHIE

Le Tétanos, étiologie, pathogénie, diagnostic, pronostic, traitement, par J. Courmont, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, et M. Doyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1899. 1 vol. in-16 carré, 96 pages avec figures, librairie J.-B. Baillière et Fils.

Nul en France n'était mieux désigné pour écrire un livre sur le tétanos que les deux professeurs lyonnais qui ont entrepris une longue série de recherches sur ce sujet.

Après avoir rapidement examiné les conditions étiologiques générales de l'affection, les auteurs étudient la pathogénie à laquelle ils consacrent des pages remarquables. L'étendue de l'érudition, la logique du raisonnement toujours basé sur des faits expérimentaux précis, et non sur des simples vues de l'esprit, la justesse et la critique laissent le lecteur sous le charme, et entraînent sa conviction.

Le chapitre consacré à l'analyse physiologique des effets du poison tétanique sur l'appareil neuro-musculaire est d'un haut intérêt.

Enfin, MM. Courmont et Doyon terminent par un chapitre très important réservé à l'étude du traitement : traitement symptomatique, traitement local, sérothérapie, traitement de Baccelli.

On trouvera dans ce volume, condensés et discutés, tous les travaux modernes sur le tétanos ; comme disent les auteurs, en terminant « il y a dix ans, aucune ligne de ce livre n'aurait pu être écrite ».

Nul sujet ne méritait donc mieux de figurer parmi les *Actualités médicales.*

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

14e SEMAINE, DU 2 AU 8 AVRIL 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	4
3 mois à un an	5	11
1 an à 2 ans	4	1
2 à 5 ans	2	5
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	11	5
40 à 60 ans	20	9
60 à 80 ans	13	20
80 ans et au-dessus	1	7
Total	64	64

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	7	8	19	29	6	10	10	3	9	11	5	110
TOTAL des DÉCÈS	6	19	17	16	8	29	5	3	18	3	4	128
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	4	5	8	2	2	17	4	2	4	1	1	50
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	»	6	2	3	»	3	»	»	1	»	1	16
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	2	1	3	1	1	1	»	2	»	»	11
Maladies organiques du cœur	»	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	4
Bronchite et pneumonie	1	5	3	4	1	3	»	1	7	»	1	26
Apoplexie cérébrale	»	»	»	1	»	3	»	»	1	»	1	6
Autres	»	»	1	2	»	1	»	»	2	»	»	6
Coqueluche	1	»	1	»	2	»	»	»	»	2	»	5
Croup et diphtérie	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 119. Troisième Année, N° 17. Le Numéro : **10** centimes. 23 Avril 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Varicelle et Irritation

par le Docteur **P. Desoil**, Chef de clinique médicale à la Faculté

Le système tégumentaire, autant que les autres appareils de l'économie, donne une vérification constante de cette loi de pathologie générale : savoir que les déterminations morbides s'effectuent là surtout où la résistance est moindre.

C'est ainsi que les syphilides sont particulièrement confluentes et tenaces dans les territoires affaiblis par les lésions nerveuses centrales ou périphériques (CHARMEIL et BOULOGNE) ou encore aux points soumis à des causes d'irritation ancienne ou récente (LELOIR et CRÉPIN). De même pour les autres affections dermatologiques, quelle que soit leur nature.

Dans les fièvres éruptives, cette influence des diverses causes d'irritation de la peau peut être de la plus grande importance parce qu'elle peut modifier du tout au tout les caractères propres de l'éruption primitive ; et en second lieu donner à la maladie un caractère de malignité *seconde*, indépendante tout-à-fait de la virulence première de l'affection. Dans les formes confluentes cette influence est moins évidente, parce que l'éruption, par sa généralisation même, frappe indifféremment toutes les portions du tégument, irritées ou non irritées. Dans les formes discrètes, au contraire, cette influence est plus manifeste par suite de la localisation plus spéciale de l'éruption.

Nous ne nous occuperons ici que de la varicelle qui est un type par excellence de fièvre éruptive habituellement discrète.

La varicelle est très commune à Lille ; on peut dire qu'elle y est à l'état endémique. Plusieurs fois dans l'année, elle détermine de petites épidémies locales, souvent limitées à un quartier, et qui frappent alors toute la population enfantine de ce quartier. La contagion se fait habituellement dans les écoles, les asiles et les crèches. Ces épidémies, jusqu'à présent, ont toujours été bénignes, et on ne signale pas dans le Nord de la France de cas de varicelle primitivement maligne (varicelle hémorrhagique, varicelle ulcéreuse ou gangréneuse), comme on en a observé à l'étranger, en Allemagne et en Suisse.

Mais si la varicelle maligne — en tant qu'accident primitif — est rare, il n'en est pas de même des accidents secondaires, appelons-les *accidents paravaricelliques*, qui peuvent survenir communément, dans le cours et à la convalescence de la maladie. Toute varicelle, si bénigne soit-elle par elle-même, peut être suivie de complications secondaires extrêmement

graves, ordinairement de nature pyogène, et pour lesquelles il faut faire entrer souvent en ligne de compte ce facteur : l'irritation. Il importe donc, contrairement à l'opinion de certains auteurs, qui « semblent en quelque sorte s'excuser de parler de cette maladie », de toujours réserver son pronostic quand il s'agit de varicelle, et de mettre le sujet à l'abri de toute cause d'irritation et d'infection, — les moindres de ces causes pouvant avoir, comme nous le verrons plus loin, des conséquences graves.

On peut diviser en trois degrés, par ordre de gravité croissante, la série des accidents résultant de l'influence de l'irritation du tégument sur l'évolution de la varicelle. Ce sont : 1° la *confluence* de l'éruption ; 2° sa *pustulisation* ; 3° les *accidents paravaricelliques*.

I. — Gaillard signale, dans le *Traité de Médecine*, la facilité avec laquelle l'éruption varicellique se tasse et devient confluente aux endroits irrités : « Plus que pour toute autre maladie éruptive, les vésicules, habituellement disséminées et largement espacées, sont susceptibles de se tasser et de se presser en grand nombre sur les points où la peau a subi une irritation préalable, ainsi que dans les régions soumises aux frottements et à la distension exagérée ».

Hénoch « a vu les vésicules se multiplier sur le côté gauche d'un enfant qui se tenait toujours dans le décubitus latéral gauche ».

Le même Gaillard (*France Médicale*, 1896) rapporte l'observation suivante :

Un enfant de six ans toussait depuis quelque temps. Je fis faire plusieurs badigeonnages de teinture d'iode sur le côté gauche par derrière, où la bronchite était prédominante. Cinq jours après le dernier badigeonnage, alors que la bronchite était à peu près guérie, l'enfant est repris tout à coup de fièvre et d'insomnie ; et le lendemain la mère constate que tout le côté badigeonné est couvert de petites bulles (une soixantaine) à sérosité claire, sans purulence et sans ombilication : bulles très rapprochées, sur un fond érythémateux ; surtout nombreuses et volumineuses dans les régions inférieures ; plus disséminées et petites en haut. Le jour suivant, l'éruption s'étend sur le corps puis les membres et la face, mais en ces autres points les vésicules sont très rares et très disséminées. Cette éruption s'accompagne d'un peu de fièvre avec langue saburrale, d'amygdalite et de larmoiement. En moins de trois jours, toutes ces vésicules se sèchent et se recouvrent de croûtelles rouges ou brunes, sans amener de suppuration. La fièvre tombe et l'appétit revient.

C'était de la varicelle. L'enfant fréquentait une école où la varicelle sévissait à ce moment et où il s'était contagionné. Quant à cette éruption anormale, particulièrement intense, presque confluente, hors de proportion avec les allures discrètes de la varicelle, il est aisé de l'attribuer à l'irritation de la peau par la teinture d'iode puisqu'elle a été exactement circonscrite à la région intéressée par le topique.

II. — La varicelle ne réagit pas seulement, vis-à-vis des causes d'irritation, par de la confluence de ses vésicules. Elle peut être modifiée dans sa lésion élémentaire ; de vésiculeuse devenir spontanément pustuleuse. Dans ce cas, la vésicule primitive, au lieu de se sécher et de devenir croûteuse le troisième jour, s'ombilique, se transforme en pustule qui suppure. La fièvre subit une nouvelle ascension, monte à 39° ou 40° et reste élevée pendant toute la durée de la suppuration. Puis, s'il ne survient point de complications, la suppuration se tarit au bout d'une huitaine, la fièvre tombe, les pustules se sèchent et laissent une cicatrice blanche, indélébile. Bref, la maladie prend une évolution de variole.

Dans d'autres cas, les accidents suppuratifs s'étendent, envahissent le tissu cellulaire, peuvent gagner les organes profonds et se généraliser ; d'où la série des accidents paravaricelliques que nous étudierons plus loin et dont la terminaison est habituellement mortelle.

L'éruption varicellique peut n'être confluente et pustuleuse qu'aux endroits irrités et rester discrète et vésiculeuse dans les autres points. Elle peut aussi être pustuleuse dans sa totalité, si la cause d'irritation intéresse toute la surface du tégument.

Nous allons relater quelques observations se rapportant à l'un ou l'autre de ces divers cas.

La première observation est comparable à celle de Gaillard, précédemment citée : Jeune fille de trois ans, ayant des râles de bronchite, badigeonnée à la teinture d'iode deux jours avant l'éruption. L'éruption varicellique apparaît très confluente sur toute la surface du dos, irritée par l'iode ; discrète au contraire ailleurs. Toutes les vésicules, au niveau du badigeonnage, se pustulisent sans exception et ne guérissent que tardivement avec cicatrice varioliforme. Quelques-unes seulement se pustulisent dans les autres parties du corps.

Observation I (inédite). — Céline A., trois ans, tempérament lymphatique, quelques antécédents strumeux. Vaccinée à l'âge de deux ans, trois grandes cicatrices vaccinales à chaque bras. Sauf quelques bronchites simples, n'a pas encore eu de maladies d'enfance.

Tombe malade en mars 1898, au moment où sévis-

sait dans son quartier une épidémie de varicelle qui frappait tous les enfants des écoles. Un matin l'enfant se réveille sans appétit, avec de la fièvre, elle éternue et larmoie, tousse et vomit, son haleine est sifflante. Les parents croient à un simple rhume, et la soignent comme les précédentes fois par des boissons chaudes, une potion calmante, et un large badigeonnage à la teinture d'iode sur toute la surface du dos. Le lendemain les phénomènes semblent s'amender, on ne renouvelle pas le badigeonnage. Mais la nuit suivante, l'enfant est de nouveau agitée, toute la surface dorsale est prurigineuse et l'enfant gratte. Au réveil les parents constatent que cette région est le siège d'un érythème, sur le fond duquel on voit apparaître un semis de petites vésicules miliaires, qui se multiplient rapidement. Le lendemain ces vésicules ont grandi, sont très nombreuses et très rapprochées; on n'en compte pas moins d'une centaine sur la surface du dos comprise entre les épines des omoplates, les lignes axillaires et la région lombaire. En même temps d'autres vésicules ont apparu, mais beaucoup plus rares, à la face, au front et à la marge du cuir chevelu, ainsi que sur la poitrine, sur l'abdomen et sur les membres.

Cette éruption s'accompagne de fièvre, de rachialgie, de céphalée et de douleurs musculaires. La langue est sale, la soif est vive, l'enfant est agitée et sans sommeil.

Les troisième et quatrième jour il semble y avoir une détente. Certaines vésicules, particulièrement celles de la face et des membres se dessèchent et deviennent croûteuses. Mais le jour suivant, la fièvre monte de nouveau; simultanément toutes les vésicules apparues sur le dos s'entourent d'une auréole inflammatoire et se pustulisent, c'est-à-dire s'ombiliquent à leur sommet, par une dépression en cupule de leur cuticule, qui, bientôt, se rompt et donne issue au pus au bout de quelques jours. Il est à remarquer qu'ici la pustulisation de l'éruption s'est faite d'emblée, les mêmes jours, dans tous les points du tégument irrité; et non pas successivement, de proche en proche, à partir d'une vésicule première excoriée et infectée, comme on voit par exemple des pustules d'ecthyma ou des furoncles se développer peu à peu en rayonnant tout autour d'une cicatrice de vésicatoire mal soignée.

Tandis que la presque totalité des vésicules se pustulisent dans la région irritée par l'iode, au contraire, dans les autres parties du corps, l'éruption reste simple, c'est-à-dire vésiculeuse. Quelques éléments seulement se transforment en pustules, à la région lombaire, sur l'abdomen et les cuisses.

A partir du huitième jour toutes ces pustules suppurent, le dos de l'enfant est devenu une véritable écumoire; on ne compte pas moins de 60 à 75 pertuis suppurant. L'enfant est couchée sur le ventre, se plaignant d'une façon continuelle, avec une fièvre élevée, du délire, et un mauvais état général. Cependant il ne se produit point de complications viscérales sérieuses.

Après le quinzième jour, il se fait une détente, beaucoup de pustules se tarissent et se sèchent; les grosses pustules et les pustules cohérentes seules suppurent encore pendant quelques jours. Quelques-unes donnent naissance à de gros furoncles et de petites collections purulentes locales sous-dermiques que l'on ouvre et qui guérissent au bout d'une quinzaine de jours.

Enfin, au bout d'un mois, toute trace de suppuration a disparu et l'enfant entre définitivement en convalescence. Elle est extrêmement débilitée, presque cachectique. Cependant, après trois mois de bons soins et grâce à une alimentation reconstituante à la campagne, elle ne tarde pas à reprendre un florissant état de santé.

Elle garde de sa maladie de nombreuses cicatrices. La région dorsale est véritablement tatouée; on ne compte pas moins de soixante-quinze à quatre-vingts cicatrices blanches chagrinées, de grandeurs diverses, très rapprochées les unes des autres, quelquefois même se touchant et d'aspect corymbiforme. Ailleurs, les cicatrices sont très peu nombreuses, très disséminées, et très peu apparentes; on les retrouve avec peine dans les plis du tégument; nous avons noté plus haut leur répartition.

En résumé, bien que d'aspect variolique, la nature varicellique de l'affection ne doit pas faire l'objet d'aucun doute. La maladie est survenue dans le cours d'une épidémie de varicelle; dans la même maison, quelques jours après celle-ci, deux frères, l'un plus jeune, l'autre plus vieux, ont également fait la varicelle, mais chez eux la varicelle a été classique, c'est-à-dire bénigne et terminée en quatre ou cinq jours.

Enfin notre sujet avait été vacciné d'une façon efficace l'année précédente et il n'existait dans l'endroit aucune épidémie de variole ou de varioloïde.

C'était donc bien une varicelle, mais varicelle transformée par irritation et devenue varioliforme.

OBSERVATION II (inédite) *(Communiquée par M. le docteur Delhaye).* — En voici le résumé :

C'est également pendant une épidémie de varicelle. Un enfant de deux ans et demi, de constitution médiocre, ayant quelques antécédents de lymphatisme (adénopathies cervicales, impétigo, eczéma impétiginisé, blépharite), présente les symptômes précurseurs de la maladie : état fébrile, langue saburrale, anorexie; quelques vésicules discrètes sur le tégument.

La nuit, il est extrêmement agité : les parents craignant des convulsions (l'enfant en avait déjà eu antérieurement), le mettent de leur chef dans un bain chaud fortement sinapisé, pendant dix minutes.

Cette révulsion énergique de la peau donne immédiatement un coup de fouet à l'éruption. De discrète la veille, elle devient très confluente le lendemain : on compte de 500 à 600 vésicules et bulles de toutes dimensions. Les jours suivants, la plupart de ces vésicules continuent leur évolution : elles deviennent spontanément pustuleuses et suppurent. Un petit nombre seulement de vésicules se dessèchent et s'encroûtent sans aller plus avant. Pendant toute la période de suppuration, la fièvre est très élevée, et l'état général est mauvais. Cependant, malgré des accidents locaux (quelques abcès dermiques et ganglionnaires), malgré

même quelques complications pulmonaires (foyers de broncho pneumonie), l'enfant finit par guérir au bout de six semaines, avec des cicatrices varioliformes nombreuses sur le tronc, les membres, et quelques-unes sur la face. Notons que le petit sujet avait été vacciné d'une manière très efficace huit mois auparavant, et que, vu l'absence de toute épidémie de variole ou de varioloïde, il n'y avait pas à songer à une affection variolique.

Observation III. — Puig signale un cas de varicelle confluente succédant à une scarlatine dans lequel la plupart des vésicules deviennent spontanément pustuleuses et furonculeuses, par suite de l'état spécial du terrain tégumentaire, encore infecté par la desquamation scarlatineuse.

Observation IV. — Hulot (Thèse Paris, 1885) rapporte en détail l'observation d'un enfant de 27 mois avec mauvais état de la peau, chez qui l'éruption varicellique devint d'emblée pustuleuse *dans sa totalité*. Tous les points du tégument furent couverts de pustules suppurantes. A la suite de cette éruption pustuleuse, survinrent des complications infectieuses très graves, à staphylocoques, qui amenèrent rapidement la mort. Nous n'insistons point en ce moment dans cette observation sur ces complications secondaires ; nous les reprendrons plus loin, dans le prochain paragraphe, sous le nom d'accidents paravaricelliques.

III. — L'influence sur la varicelle des diverses causes d'irritation nous donne, comme dernier terme, toute la série des complications pyogènes que nous avons appelées accidents paravaricelliques. Ces accidents paravaricelliques sont le résultat d'infections secondaires provenant soit de lésions de grattage, les vésicules excoriées servant de porte d'entrée aux agents ordinaires de la suppuration : staphylocoques, streptocoques, etc. ; soit encore du fait du développement de ces vésicules sur des territoires tégumentaires primitivement infectés (par une scarlatine antérieure (Puig) ou simplement par des lésions banales de pyodermite consécutives aux diverses affections de la peau : papules de prurigo, impétigo, eczéma, gommes, etc.).

Dans ces divers cas, les associations microbiennes ont pour résultat constant d'amener à leur suite un grand nombre d'accidents suppuratifs de gravité variable : d'abord l'infection du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, d'où les furoncles, les anthrax, les abcès et phlegmons; puis des complications viscérales (broncho-pneumonie, pleurésie purulente, etc.); enfin la pyohémie avec généralisation (endocardite, empyème et arthrites suppurées, méningite suppurée, abcès des parenchymes, etc.).

Nous n'insisterons pas davantage sur ces divers accidents. La varicelle ne se comporte pas à ce point de vue autrement que les autres fièvres éruptives. Nous rentrons ici dans le domaine des faits connus, bien décrits et publiés par les auteurs. Ce serait faire double emploi que de s'y attarder. Nous nous bornerons à rappeler quelques observations venant à l'appui des faits énoncés.

Puig (*Thèse de Paris*, 1888) donne plusieurs cas de varicelle grave furonculeuse et anthracoïde.

Braquehaye (1894) rapporte un cas mortel de varicelle suivi de pyohémie à streptocoque avec endocardite et arthrites suppurées.

Kummer (*Annales de la Suisse Romande*, XII) signale un abcès à streptocoques développé à la suite de varicelle au niveau d'un cal d'ostéotomie.

Hulot (*Thèse Paris*, 1895) cite l'observation d'un enfant de vingt-sept mois avec varicelle pustuleuse d'emblée, immédiatement suivie d'accidents pyogènes à staphylocoques très graves : nombreux abcès dermiques et sous-dermiques criblant la peau, phlegmons, foyers de broncho-pneumonie, empyème, et mort.

A l'autopsie on trouve les lésions ordinaires de la pyohémie avec de petits abcès métastatiques dans divers viscères.

Landon 1890, Bokai 1888, Buchler 1889 rapportent également d'autres observations caractéristiques.

En résumé, il faut savoir que la varicelle, plus que toute autre maladie éruptive, peut réagir avec la plus grande facilité vis-à-vis des moindres causes d'irritation et d'infection de la peau, d'abord par la confluence de son éruption, puis par la pustulisation de ses vésicules, et enfin par des complications infectieuses graves du côté des téguments ou des viscères.

Comme conclusion pratique il est à retenir : qu'il est prudent de s'abstenir complètement, pendant la période prodromique, ainsi que pendant la période d'éruption d'une varicelle, de toute manœuvre pouvant irriter la peau : telle que frottements, révulsions, badigeonnages, sinapisations, balnéations. En second lieu, qu'il faut combattre le prurit par les moyens habituels, afin d'éviter toute occasion de grattage, soigner au besoin antiseptiquement ces lésions de grattage.

Enfin, si la peau est déjà excoriée ou infectée par une lésion ou affection antérieure, qu'il faut veiller avec beaucoup de soin à faire la désinfection des foyers et à couvrir la peau d'enveloppements antiseptiques. Par ces moyens on aura chance d'éviter toute

la série grave des accidents paravaricelliques et pyohémiques qui sont surtout à craindre chez les enfants débilités ou diathésiques.

L'abcès sous-lingual

Par le docteur **Lambret**, chef de clinique chirurgicale.

La base de la langue n'est que d'une façon exceptionnelle le siège d'une collection purulente. Cette rareté et les caractères tout à fait typiques des phénomènes observés nous engagent tout d'abord à publier l'observation suivante que nous avons recueillie dans le service de notre maître, le professeur Folet :

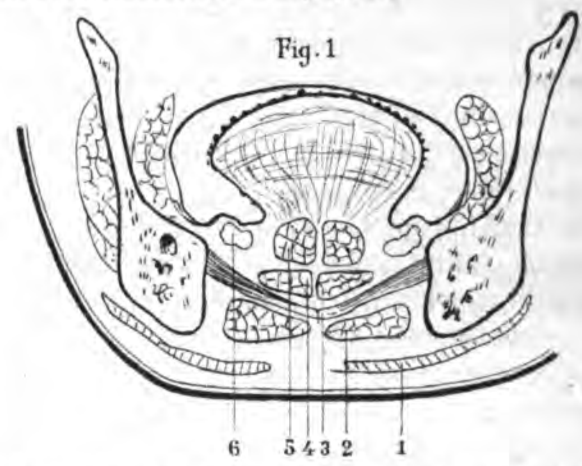
Observation. — C... Henri, 39 ans, de Gondecourt. Ce malade est amené à la clinique par notre excellent ami, le docteur Dupretz, le 6 février 1899. Il y a une huitaine de jours, il présenta un léger mal de gorge qui ne l'empêcha pas de continuer son travail. Un gargarisme n'amena aucune amélioration, le malade ne tarda pas à éprouver sous la langue la sensation d'une tumeur dure et douloureuse, et bientôt il lui fut impossible d'ouvrir la bouche et d'accomplir aucun mouvement de déglutition.

A son entrée à l'hôpital, je constate à la région sous-mentonnière un gonflement douloureux et très dur, de volume moyen, la tuméfaction est absolument médiane, elle est située très profondément, car la peau, le tissu cellulaire sous-cutané sont indemnes. Dans la cavité buccale, entr'ouverte avec peine, on constate que le plancher de la bouche est induré et soulevé. La langue, très élargie, est repoussée en haut, en arrière, et sur l'arcade dentaire dont elle prend l'empreinte. La parole est impossible et le malade émet difficilement quelques sons inarticulés ; la déglutition est très pénible, aussi la salive coule constamment hors de la bouche ; la respiration se fait mal et il y a eu plusieurs accès de suffocation très impressionnants. Il existe un léger état fébrile.

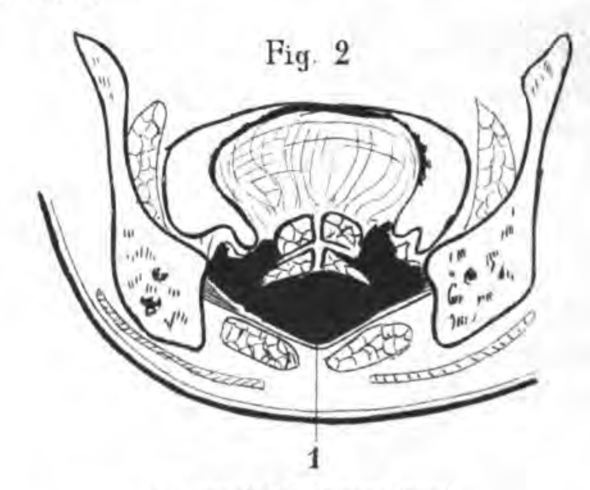
Je porte le diagnostic d'abcès sous-lingual, mais je cherche en vain la porte d'entrée : les dents sont toutes remarquablement saines, pas la moindre ulcération sur la muqueuse, rien du côté des glandes sublinguales, la pression du doigt sur le trajet des canaux de Warthon ne révèle rien de particulier.

Le malade, amené sur la table d'opération le décubitus dorsal provoque aussitôt sous nos yeux l'apparition d'un nouvel accès de suffocation. Après désinfection de la peau et insensibilisation au chlorure d'éthyle, je fis sur la ligne médiane une incision antéro-postérieure, traversant successivement la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose, rencontrant en route le petit ganglion mylo-hyoïdien non inflammé, sans trouver le pus ; ayant enfin incisé le muscle mylo-hyoïdien, passant entre les ventres antérieurs accolés des digastriques, je rencontrai à une profondeur de 5 centimètres un abcès, du volume d'une noix, d'où s'échappa une petite quantité de pus fétide. L'introduction du doigt me permit de constater qu'il siégeait bien au milieu des muscles de la langue et qu'il n'y avait pas de décollement. Après lavage, je laissai un drain dans la plaie et le malade vit disparaître rapidement, en l'espace de quelques jours, les symptômes assez alarmants qui l'avaient amené à l'hôpital. Le surlendemain de l'incision, il sortit de l'hôpital, et la guérison était complète 10 jours plus tard.

Comme on peut s'en rendre compte en jetant les yeux sur la figure II, l'abcès sous-lingual est situé profondément dans la base de la langue au-dessus du muscle mylo-hyoïdien ; il se développe dans le sein du tissu cellulaire qui entoure les glandes sublinguales, les muscles génio-glosses, génio-hyoïdiens ; cet espace n'est pas fermé en arrière et l'inflammation de la base de la langue peut se propager aux replis aryténo-épiglottiques et provoquer l'apparition d'accès de suffocation avec imminence d'asphyxie.



Coupe frontale de la base de la langue. — 1, peaucier ; 2, digastrique ; 3, mylo-hyoïdien ; 4, génio-hyoïdien ; 5, génio-glosse ; 6, glande sublinguale.



1. Siège de l'abcès sous-lingual.

La région dans laquelle il se développe, le voisinage d'organes importants dont il gêne le fonctionnement, donnent à l'abcès sous-lingual une physionomie tout à fait particulière. Certains de ses symptômes lui sont

communs avec toutes les phlegmasies et ne nous retiendront pas. Les autres lui sont en quelque sorte spéciaux. Au début, le malade croit à un simple mal de gorge, la déglutition est difficile et les mouvements de la langue sont un peu douloureux ; en même temps que commence à se dessiner le gonflement, que le plancher de la bouche s'indure, une sensation de corps étranger, de tumeur occupant l'arrière-gorge, vient compliquer l'embarras de la parole et la gène de la déglutition.

Puis, la tuméfaction augmente, la langue est soulevée, rejetée en haut et en arrière, refoulée contre le palais ; les troubles de la parole sont alors au maximum, l'émission des mots est impossible ainsi que la déglutition, et la salive s'écoule hors de la bouche à mesure qu'elle est sécrétée. C'est à ce moment que peuvent éclater les troubles respiratoires dont les plus redoutables sont, comme nous venons de le voir, des accès de suffocation ; la mort en a été parfois le résultat; dans d'autres observations la trachéotomie a dû être pratiquée d'urgence.

A l'examen, la profondeur du siège de l'abcès, l'empâtement mal limité ne permettent pas toujours de le localiser exactement. D'ordinaire, il n'y a que très peu de pus, et ce pus est difficile à déceler, car la fluctuation reste obscure jusqu'à une période très avancée de l'évolution.

La porte d'entrée n'est pas toujours facile à trouver. Dans l'observation que nous venons de rapporter, il nous a été impossible de la déterminer. C'est tantôt une petite plaie de la muqueuse, une ulcération passée inaperçue, une carie dentaire, peut-être une inflammation de l'amygdale linguale. La langue est un organe très riche en vaisseaux lymphatiques qui présentent entre eux des anastomoses très nombreuses. Au-dessus du mylo-hyoïdien, précisément là où siège le phlegmon sous-lingual, passe un faisceau de lymphatiques qui tire son origine principalement de la partie antérieure de la langue ; mais à cause justement de cette abondance d'anastomoses, on ne peut tirer de ce fait aucune présomption en faveur de la localisation de la porte d'entrée.

Le diagnostic de l'abcès sous-lingual n'est pas d'une grande difficulté ; on ne peut le confondre avec un adéno-phlegmon ayant pris naissance dans la zone du ganglion mylo-hyoïdien, car, dans ce cas, la tuméfaction est beaucoup plus superficielle, la peau est rapidement envahie par sa face profonde ; en outre, les troubles du côté de la langue sont tout à fait insignifiants, l'organe est en effet à peine gêné par le développement de la tumeur. Dans la glossite profonde, affection également très rare, on note même début brusque, même marche rapide, mêmes troubles fonctionnels, mais la langue participe davantage à l'inflammation, elle est œdématiée et phlegmasique dans toute sa masse ; au lieu d'être simplement soulevée comme dans l'abcès sous-lingual, elle est gonflée et déborde en quelque sorte à la fois en avant, en arrière, et latéralement. Le diagnostic ne deviendrait réellement difficile que si la glossite était limitée à la base de la langue, mais c'est une affection qui n'aboutit à la suppuration que dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

A l'abcès sous-lingual, on appliquera le traitement qui convient à tout abcès, c'est-à-dire l'évacuation. Les auteurs recommandent de pratiquer l'ouverture par la voie buccale. Ce procédé a le mérite d'éviter toute cicatrice visible. Sans doute, si la collection venait pointer sous la langue, si les dents pouvaient être écartées, cette conduite serait très logique ; mais le fait est rare, il existe presque toujours de la constriction des mâchoires et le siège exact de la suppuration n'est pas toujours déterminé. Au surplus, l'incision par la bouche ne peut être pratiquée à un endroit déclive et expose aux dangers d'une communication de la cavité buccale avec une poche purulente. Nous pensons donc que l'incision cutanée sous-mentonnière est préférable. Mais nous rejetons autant que possible le tracé proposé par Beckel, qui incise transversalement. L'incision médiane antéro-postérieure telle que nous l'avons pratiquée ne court pas le risque de rencontrer un vaisseau important, et la cicatrice qu'elle laisse, complètement dissimulée derrière le menton, peut être considérée comme invisible.

Sur le pronostic de l'épididymite blennorhagique double, au point de vue de la fécondité

Par le Dr **Mariau**, Médecin aide-major au 16e bataillon de chasseurs.

Une opinion assez généralement répandue dans le public veut que les sujets atteints d'épididymite blennorrhagique double restent frappés d'infécondité. Cette opinion est adoptée par beaucoup de médecins. Et tout récemment (*Soc. de Chirurgie*, séance du 22 mars 1899), un très distingué spécialiste, M. Bazy, au cours d'une discussion sur les effets de la résection des canaux

déférents, a émis l'appréciation suivante : « La section est assimilable à l'obstruction qui se produit à la suite des épididymites blennorrhagiques, et l'on sait que de tels malades, *inféconds*, ne sont pas impuissants. »

D'autre part, on entend souvent dire que tel ancien blennorrhagique, autrefois atteint d'une orchite double, s'est marié et a eu plusieurs enfants. Les méchants diront que ce n'est pas une raison suffisamment démonstrative de son retour à la fécondité. Scientifiquement, il est certain que la seule preuve irrécusable de ce retour, c'est la constatation du spermatozoïde dans le produit de l'éjaculation.

Les deux observations suivantes montrent qu'en effet l'épididyme peut revenir perméable aux éléments reproducteurs et qu'une ancienne orchite double n'empêche pas qu'on soit le vrai père de ses enfants.

I. — M. X..., atteint d'une vieille goutte militaire, sur le point de se marier, nous demande nos soins. Il a eu une orchite à bascule, des noyaux indurés dans les deux épididymes en font foi.

La goutte recueillie est étalée sur une lame de verre et colorée au violet pour la recherche du gonocoque. *De nombreux spermatozoïdes se montrent dans le champ de la préparation.*

Deux mois après, mariage et mariage fécond.

II. — M. Z... va se marier et nous confie qu'une ancienne orchite double lui inspire des inquiétudes sur sa capacité reproductrice. Sur nos indications, il recueille le produit d'une tache séminale (procédé des médecins légistes ; humectation de la tache, râclage, étalement sur verre du liquide louche obtenu) et le donne à notre examen. La préparation se montre remplie de spermatozoïdes.

— Comment se rétablit la perméabilité du canal épididymaire? L'anatomie pathologique n'a pas élucidé ce point intéressant, sans doute à cause de la rareté des occasions où elle pourrait s'exercer, et on en est réduit à des hypothèses.

Dira-t-on que le canal épididymaire a repris son calibre dans toute son étendue ? C'est difficilement admissible. Ce canal, mille et mille fois replié sur lui-même, atteint une longueur de six ou sept mètres ; son diamètre total est inférieur à un demi-millimètre, sa lumière est de 150 μ. Une couche musculaire lisse, tapissée d'une seule couche de hautes cellules ciliées, en constitue la paroi. Au cours de l'épididymite, le tissu conjonctif qui unit entre elles ses flexuosités, subit une hyperplasie énorme. Les anses du canal sont aplaties, obstruées, tiraillées, peut-être rompues, finalement enserrées et comprimées dans le tissu de cicatrice qui succède au processus inflammatoire.

Est-il possible qu'au milieu de cette gangue cicatricielle persistante (le noyau témoin des vieilles épididymites), le conduit reprenne sur une longueur de sept mètres son calibre primitif et sa délicate structure? Et la croyance générale à l'infécondité post-orchitique ne vient-elle pas de la difficulté qu'on a de concevoir un pareil processus de restauration ?

Si le noyau siège dans la tête de l'épididyme, l'anatomie normale permet d'admettre que le conduit épididymaire puisse rester obstrué dans une partie de son étendue, sans que les spermatozoïdes soient empêchés de gagner le canal déférent. En effet, les spermatozoïdes élaborés dans les lobules distincts du testicule, se rassemblent et se mêlent au niveau du hile, dans le *corps d'*HIGHMORE, bloc fibreux d'aspect caverneux à la coupe et creusé d'un réseau de cavités anastomotiques. Du corps d'HIGHMORE partent dix à quinze canaux (*les cônes efférents*) dont un seul peut théoriquement suffire à desservir toutes ses cavités (puisqu'elles sont anastomotiques), et ces canaux se jettent dans le conduit épididymaire à *des niveaux différents de son trajet*, comme les affluents d'une rivière. Supposons qu'un nombre quelconque de cônes efférents et toute la portion du conduit épididymaire sur laquelle s'échelonnent leurs embouchures, soient obstrués ; s'il reste *en aval* d'eux un seul cône efférent perméable, celui-ci suffira à conserver la communication entre toutes les cavités du corps d'HIGHMORE et la portion restée saine de l'épididyme.

Cette hypothèse n'est pas applicable évidemment aux cas où l'obstruction siège au niveau de la queue de l'épididyme, mais ne peut-il pas arriver aussi que la masse cicatricielle se creuse, par voie de résorption, de cavités irrégulières et anfractueuses, et prenne un aspect comparable à celui du corps d'HIGHMORE ? La perte de bien des segments du conduit primitif n'aurait plus alors d'effet fâcheux. Les anastomoses de ce nouveau réseau caverneux permettraient des communications à distance entre les portions restées saines ; et les spermatozoïdes, par ces chemins abrégés, pourraient, en fin de compte, arriver jusqu'au canal déférent.

Mais ce ne sont là que des hypothèses. Le fait à retenir, c'est le retour intégral, dans beaucoup de cas, des fonctions de l'épididyme. En raison des opinions contradictoires qui circulent encore à ce sujet, il nous a semblé qu'il n'était pas sans intérêt d'en apporter ici des preuves décisives.

Un cas de rhumatisme cérébral.

Par le docteur **Bommier**, d'Arras.

Je soignais depuis une vingtaine de jours une dame P..., âgée de 42 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Son père atteint de rhumatisme chronique, l'influence certaine d'un froid humide prolongé, avaient amplement suffi à déterminer une fluxion polyarticulaire, accompagnée de fièvre modérée (jamais plus de 39°), avec rémission matinale très nette. Les douleurs étaient assez vives pour arracher des cris à la malade, très mobiles, allant à chaque instant d'une articulation à l'autre, avec un gonflement modéré. Sueurs très abondantes et miliaire accusée surtout à la partie antérieure des aisselles. Selles liquides (sueurs intestinales) une à deux par jour. Anémie assez accusée avec un léger souffle systolique apexien. Pas d'albumine dans les urines, dont l'abondance et la couleur était maintenues, malgré la fièvre et les sueurs, par des boissons diurétiques. Aux jambes un peu de *péliose* rhumatismale très discrète et très localisée.

L'appétit était conservé, surtout au repas de midi. Les aliments permis habituellement étaient bien digérés, il n'y avait jamais de vomissements. L'état moral était excellent, la malade manifestait de temps à autre la crainte de voir le rhumatisme « *se porter au cerveau.* »

Au résumé, le tableau classique d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, chez une femme de 42 ans, jusque-là bien portante, sans antécédents nerveux morbides, ni alcooliques.

Le mardi 28, la journée avait, selon mes prévisions, été particulièrement bonne. La douleur s'était atténuée, la malade, gaie, s'était assise dans un fauteuil, avait essayé quelques pas, faisait même des projets et ne se plaignait plus que d'une diarrhée limitée toutefois à quatre à cinq selles par jour.

Vers minuit, au milieu d'un sommeil un peu agité, la malade prononce quelques phrases incohérentes. Le délire est doux et tranquille. Le mercredi 29, vers six heures du matin, après avoir pris un peu de lait, la malade perd connaissance, ne répond plus aux questions, les yeux sont fixes, les paupières demi-closes, les pupilles contractées, la respiration stertoreuse.

J'arrive à sept heures et demie. Le rhumatisme cérébral me vient aussitôt à l'esprit. Je suis frappé par la chaleur *extrême* de la peau. Le thermomètre dans l'aisselle droite (l'épaule droite étant saine) marque rapidement 43° 2/10°.

L'éther, la révulsion aux membres inférieurs, les grands lavages à l'eau froide alcoolisée sceptiquement mis en œuvre, ne donnent rien. Je fais appeler mon confrère et ami le docteur Masset, ne voulant assumer seul la responsabilité d'une saignée, suivie au besoin d'une injection de sérum artificiel. Elle nous est refusée par le mari. Quelques sangsues aux apophyses mastoïdes mettent tout le monde d'accord. Mais la malade meurt sans avoir repris connaissance à neuf heures du matin. Le coma avait duré deux heures et demie environ.

Le traitement classique avait été suivi. Le salicylate de soude, ordonné en solution alcoolisée pendant quelques jours, avait été abandonné aux premiers symptômes d'intolérance (vertiges, bourdonnements). Il avait été remplacé par des enveloppements au salicylate de méthyle qui avaient amené eux aussi une sédation manifeste. La malade prenait quelques pilules de bleu de méthylène.

On a toujours le devoir de chercher à faire le diagnostic le plus complet.

1° Un empoisonnement salicylique ne pouvait être incriminé devant ce seul fait : la malade n'avait pas pris de salicylate depuis quinze jours ;

2° Urémie ? Le rein peut s'arrêter subitement, les manifestations comateuses peuvent être presqu'instantanées, le myosis existe dans la plupart des cas et si l'abaissement de la température est fréquent, les fortes élévations ne sont pas rares.

Les urines, tant au point de vue de l'albumine qu'à celui des autres matières excrémentitielles, n'ont rien révélé de particulier. La malade avait encore uriné assez abondamment avant l'invasion du coma.

3° Une embolie eut pu provoquer de l'hémiplégie, de l'aphasie, mais le cœur était sain et le souffle relevait plutôt de l'anémie que d'une lésion valvulaire.

4° Une thrombose dans les veines cardiaques ne s'expliquerait pas avec la vaillance du cœur dont les battements étaient amples et vigoureux. Il faut citer à titre d'hypothèses, pour être complet, les thromboses du cœur droit ou de l'artère pulmonaire.

5° La méningite de la convexité de nature rhumatismale dure plus longtemps. Elle est précédée de quelques symptômes et elle peut brûler les étapes mais ne pas les laisser complètement inaperçues.

6° L'anémie cérébrale ne tue pas aussi rapidement. Il en est de même de l'intoxication.

La nature rhumatismale de cette terrible affection reste donc cliniquement démontrée, mais *anatomiquement* inconnue.

Jaccoud croit que l'encéphalopathie doit être attribuée à l'accroissement extrême de la calorification. Helmoltz, Dubois-Raymond, ont constaté, il est vrai, l'abolition de l'excitabilité des éléments nerveux par une température dépassant 42°. Notre malade présentait 43° 2/. On trouve dans ces cas de la distension des sinus veineux et des veines cérébrales, et parfois à la coupe de la substance corticale un piqueté hémorrhagique.

Une recrudescence subite de l'infection, de l'intoxication, justifierait l'élévation de la température. Admissible à la rigueur dans notre cas, cette explication n'est plus valable dans les cas de rhumatisme cérébral que rapporte JACCOUD, où des températures de 40° 5/10es n'ont pas été dépassées.

On sait que dans ces conditions notre protoplasma résiste un certain temps.

TROUSSEAU croyait à une *névrose*. Ce n'est pas le propre des névroses d'être primitivement comateuses. Elles sont précédées d'une phase d'excitation en rapport avec la prostration, ce qu'il ne nous a pas été donné d'observer ici. De plus notre malade n'était pas *nerveuse*, ni *alcoolique*. Son père et sa mère vivent encore. Le père souffrant seulement de rhumatisme chronique comme nous le disions en commençant.

L'autopsie des cas de rhumatisme cérébral est muette. Ceci ne doit pas faire rejeter la dernière hypothèse à laquelle on doit, ce me semble, se rallier : Quand on songe à la rapidité de l'envahissement articulaire, au gonflement qui l'accompagne, à sa mobilité, on est en droit de se demander pourquoi le cerveau échapperait à un phénomène identique de congestion, de transsudation. Beaucoup d'auteurs ont admis la fluxion œdémateuse : l'hydropisie ventriculaire comprimant un cerveau déjà affaibli par la fièvre et les souffrances.

Il n'existe pas pour cela de *métastase*, l'abolition de la sensibilité seule rend compte de la disparition des douleurs articulaires. Les œdèmes cérébraux localisés, acceptés pour l'urémie, sans reliquat anatomique à l'autopsie, ont la plus grande analogie avec la fluxion cérébrale dans le rhumatisme.

Peut-on prévoir cette terrible complication ? Les cas classiques (TROUSSEAU-JACCOUD) ont évolué dans un quart d'heure, deux et quatre heures, sans signes prémonitoires. A côté du nervosisme, de l'alcoolisme, des auteurs ont indiqué comme phénomènes devant mettre le médecin en éveil : l'inquiétude exagérée du « transport au cerveau », la *profusion des sueurs* et la *miliaire* qui en découle, *l'insomnie persistante*, *l'élévation de la température*. Il suffit d'énoncer ces signes pour se rendre compte de leur peu de valeur. On le rencontre dans les deux tiers des rhumatismes articulaires aigus et la fréquence d'une complication cérébrale varie de 2 à 10 0/0 selon les années !

Comme traitement prophylactique : le bromure, l'alcool, en cas d'éthylisme. Si les craintes se confirment : le bain froid, malgré l'entourage, comme malgré la sueur, et ne fléchir que devant une péricardite avec épanchement, une endocardite ulcéro-végétante, une néphrite intense. Suspendre le salicylate.

Mais si, comme dans notre cas, malgré toutes les prévisions les plus autorisées, le rhumatisme cérébral *vous surprend*, alors vous vous trouvez littéralement sans défense, et vous assistez en quelques minutes à un dénouement fatal, devant ce coma qui est un véritable *noli me tangere*, par lui-même et pour l'entourage.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. LE DENTU relate une observation communiquée par M. BAUDON, concernant un cas d'hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne.

— M. HERVIEUX. Les varioleux contractent facilement la tuberculose.

Société de Chirurgie. — M. POIRIER propose un nouveau procédé de résection totale du nerf maxillaire supérieur.

— M. BERGER conseille la castration, même dans les cas peu avancés de tuberculose testiculaire.

— M. TUFFIER. La trépanation dans l'épilepsie joue le rôle de soupape de sûreté.

Société médicale des Hôpitaux.— M. GALLIARD relate trois cas de rhumatisme sacro-iliaque.

Société de Biologie. — M. CHIPAULT préconise le traitement des ulcères variqueux par... l'élongation des nerfs. Mais il ajoute qu'il curette l'ulcère ou l'excise, dans un second temps de l'intervention.

VARIÉTÉS

Les Eunuques d'Australie

Le docteur F. HŒSSERT, qui a habité longtemps la partie occidentale de l'Australie, s'est rendu compte de la singulière pratique de certains indigènes, qui, pour ne pas voir accroître leur famille, font subir à leurs enfants mâles une opération au pénis, à l'âge où ces derniers peuvent se reproduire. Cette opération consiste à produire une fistule en ouvrant et en maintenant ouverte une plaie de l'urèthre, au niveau de la partie pendulosa, près de l'arcade pubienne. L'éjaculation se fait par cette fistule et diminue aussi beaucoup la chance d'imprégnation, qui s'obtient dès lors quasi à volonté en obturant momentanément la fistule avec une petite plaque de résine. On crée encore une semblable porte de sortie dans la région périnéale, celle-là est radicale (JANUS).

L'odeur de l'homme

Le Dr BET (*Archiv der Gesammter Physiologie*, juillet 1898) a fait d'intéressantes expériences en vue d'établir que tout homme a une odeur particulière qui le caractérise parmi ses semblables.

Non seulement les chiens, mais aussi certaines personnes

douées d'un excellent odorat, peuvent distinguer un individu d'un autre.

Un ami du Dr Bet a pu, les yeux bandés, reconnaître et appeler par leurs noms les différentes personnes — composant des groupes variés situés à plusieurs pas de lui — qui sont venues à son contact.

L'auteur a même établi que chaque famille a une odeur caractéristique et commune à tous ses membres (*Annales d'hygiène*).

Une candidature à l'Académie de Médecine

Pris un beau jour d'ambition sénile,
Un candidat s'était ganté de frais ;
Titres en mains, il parcourut la Ville,
D'un bon fauteuil escomptant les attraits :
Il visita le monde académique,
Se fit petit, suppliant et courtois.
« Chaque savant, dit-il, m'est sympathique,
» Je les connais, bien sûr, j'aurai leurs voix. »

Il va d'abord dans un hôtel splendide,
Où le valet lui demande son nom ;
Il se présente et, d'une voix timide,
Au Maître dit ses titres sans aplomb :
« J'ai publié vos leçons de clinique,
» Dans les journaux j'ai conté vos exploits.
» — Mon cher Monsieur, vous m'êtes sympathique,
» Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

« Voyons, dit-il, ce grand pathologiste,
» Il est puissant, il règne en souverain ;
» Si je pouvais être mis sur sa liste,
» J'arriverais le premier, c'est certain. »
Mais le rival, dans chaque cas critique,
Mandait le Maître, et cela bien des fois.
« — Mon bon ami, vous m'êtes sympathique,
» Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

Il monte alors au quatrième étage,
Chez un savant à l'œil vif et malin.
Oh ! celui-là doit être un homme sage,
Pour son savoir c'est un bénédictin.
Mais le savant, à l'estomac épique,
Chez le rival dînait cinq fois par mois.
« — Mon cher Monsieur, vous m'êtes sympathique,
» Je vous connais, mais j'ai promis ma voix. »

Dans un quartier retiré loin du monde,
Un Immortel gémissait anhélant ;
Il ne pouvait uriner sans la sonde,
Il était seul et son docteur absent.
Introduisant l'instrument cylindrique,
Le candidat mit fin à ses abois.
« — Cent fois merci ! Vous m'êtes sympathique,
» Mon bon Monsieur, mais j'ai promis ma voix. »

MORALITÉ

Vous que tourmente une ambition vaine,
Qui rêvez gloire, honneurs, habit brodé,
Soyez-en sûrs, la défaite est certaine
Pour celui qui n'est pas inféodé.
Si vous n'avez une table magique,
Des vins exquis, des amis d'un grand poids,
Par politesse, on vous dit sympathique,
N'en croyez rien, vous n'aurez pas de voix.

A. Corlieu.

L'alcool et les animaux

L'actualité c'est l'alcool. On lit et on relit... et c'est en relisant que je trouve dans un récent article de M. de Ryckère, sur l'alcoolisme féminin, paru dans les *Archives d'Anthropologie criminelle*, cet épisode merveilleux de la chasse au singe, rapporté par M. Walsh dans un travail très documenté du *Lippincott's Magazine* :

« Les ours et les singes absorbent de la bière comme les étudiants allemands et sont prêts à tout faire pour avoir de l'eau-de-vie. C'est ce que savent certaines peuplades de l'Afrique, et c'est de quoi elles profitent pour capturer ces malheureuses bêtes. Elles placent, par exemple, à l'entrée d'un bois, un tonnelet de bière : les singes accourent, boivent, s'enivrent et tombent dans un état d'égarement, où ils deviennent incapables de distinguer un nègre d'un singe. Quand un nègre prend la main de l'un d'entre eux pour le conduire au village, un second singe prend la main du premier, un troisième la main du second et ainsi de suite ; souvent un seul nègre parvient à capturer de cette façon toute une troupe de singes en goguette. Et nous devons ajouter que ces bons nègres ne manquent jamais d'administrer à leurs prisonniers de nouvelles rations de bière, en quantité toujours décroissante, de façon à leur rendre à peu près insensible le passage de l'état libre à l'état de captivité... »

Comme il y aurait là une amusante comparaison à faire avec nos procédés de propagande électorale !

(*Tribune Médicale*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Rayons X et responsabilité médicale

Les rayons X ont servi plusieurs fois déjà d'auxiliaires aux tribunaux. Et nous avons notamment signalé, dans notre article Sur l'expertise médico-légale et les rayons x, publié par l'*Echo Médical du Nord*, 1897, I, p. 487, un cas d'application qui en avait été faite pour éclairer les juges dans l'évaluation de l'indemnité à allouer à la victime d'un accident. Mais, pour la première fois peut-être, leur emploi vient d'amener un médecin devant la justice civile, non plus comme expert, mais comme défendeur à une action en dommages-intérêts intentée par un client. La question touche ainsi à la responsabilité médicale, et elle est trop importante, par les conséquences pratiques qu'elle peut entraîner, pour que nous la laissions passer inaperçue :

Voici les faits tels que les rapporte un jugement rendu par le Tribunal civil de la Seine, le 29 mars dernier (*La loi* du 30 mars 1899).

Ecoutons d'abord le demandeur, le client, M. Macquaire.

Il expose que, sa femme ayant été atteinte, dans les premiers mois de 1898, d'une néphrite crurale gauche, son médecin ordinaire, le docteur Rousseau, proposa de faire radiographier la partie malade ; — Que le docteur Renault, ayant été chargé de procéder à cette opération, fit subir à la dame Macquaire trois poses successives, une première de 40 minutes fin mars, une deuxième de 45 minutes, huit jours après, et une troisième de une heure un quart, le 21 avril ; — Que ces différentes

poses, beaucoup trop prolongées, occasionnèrent une brûlure profonde s'étendant sur une partie de la cuisse et sur le bas-ventre; — Que cependant, dès la première fois, des indices de brûlure s'étaient produits qui auraient dû attirer l'attention du docteur RENAULT; — Que celui-ci a donc commis une faute opératoire et une grave imprudence qui engagent sa responsabilité professionnelle.

A l'appui de ses affirmations, le demandeur verse aux débats un certificat du docteur ROUSSEAU, en date du 21 octobre 1898, dans lequel ce médecin déclare que, lorsqu'il a donné ses soins à la dame MACQUAIRE, du 17 juin au 25 juillet, la plaie dont elle souffrait à cette époque « avait tous les caractères d'une vaste brûlure, au troisième degré, occasionnée, sans aucun doute, par l'application, trois fois répétée, des rayons X, sur la région soignée ».

De son côté, le défendeur, le docteur RENAULT, répond qu'il admet l'exactitude du récit de MACQUAIRE, en ce qui concerne le nombre et les dates des poses, et qu'il est également d'accord avec lui sur la durée des deux dernières, puisqu'on lit ce qui suit dans sa lettre adressée au docteur ROUSSEAU : « Je n'ai décidément pas de chance avec votre cliente, ses tissus présentent une résistance telle au passage des rayons X que quarante cinq minutes de pose ont été insuffisantes pour donner une épreuve pouvant éclairer encore le diagnostic... Nous allons voir si votre cliente veut bien poser, recommencer encore et j'espère qu'avec une pose d'une heure un quart, nous aurons une bonne épreuve ».

En outre, il reconnaît, dans sa lettre du 10 mai 1898 adressée à MACQUAIRE, qu'une inflammation de la peau s'est produite, à la suite de l'application des rayons X. On relève, en effet, dans cette lettre, le passage suivant : « ... c'est même la première fois qu'il m'arrive d'avoir de l'érythème, cette inflammation fréquente de la pose consécutive à l'application des rayons X ».

Mais il soutient qu'en l'état actuel de la science, la nature et la cause d'un semblable accident sont inconnus; que, d'ailleurs, depuis un an, la dame MACQUAIRE a essayé les traitements les plus divers, et que ce sont probablement ces traitements qui ont eu pour résultat de transformer une plaque de chaleur épidermique en une vaste plaie; qu'en tous cas, il s'est conformé aux pratiques enseignées, chaque fois qu'il a fait poser la dame MACQUAIRE, et que, dans ces différentes opérations, on ne saurait relever à sa charge une faute quelconque de nature à engager sa responsabilité.

On comprend qu'en présence de ces affirmations et appréciations si opposées, le tribunal soit resté perplexe. Aussi, pour se tirer d'embarras et s'éclairer sur, dit-il, « ces questions techniques, d'un caractère tout particulier, qui ne peuvent être résolues sans une instruction préalable, il reconnaît sagement la nécessité de recourir lui-même à une expertise.

Ce pourquoi, « Avant faire droit, il nomme d'office expert M. le docteur BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, à l'effet, serment préalable prêté devant le président du Tribunal, s'il n'en est dispensé par les parties, de visiter la dame MACQUAIRE, d'indiquer si les lésions, dont elle est atteinte, ont eu pour cause certaine et unique les applications trop multiples, trop rapprochées ou trop longues des rayons X ; dans le cas de l'affirmative de dire s'il est possible de juger, en l'état actuel de la science, que l'accident est le résutat d'une faute opérative commise par le docteur RENAULT ;

» Dit que, pour remplir sa mission, l'expert entendra contradictoirement les parties en leurs dires et explications, s'entourera de tous renseignements utiles et au besoin se fera assister d'hommes de l'art de son choix ;

« Dit qu'il consignera le résultat de son travail dans un rapport, qui sera déposé au greffe, pour, sur ce document, être, par les parties, conclu, et, par le Tribunal, statué ce qu'il appartiendra, etc... »

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats de l'expertise du docteur BROUARDEL, et de la solution que le Tribunal de la Seine donnera ensuite au fond même de l'affaire.

Consulter, sur les *Applications de la Radiographie et de la Radioscopie aux sciences médicales*, l'article de M. le docteur CHARMEIL, dans l'*Echo Médical du Nord*, 1897, I, p. 27.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur CALMETTE a reçu récemment, de S. M. le roi des Belges, les insignes de **chevalier de l'ordre de Léopold**. Nous adressons à notre cher collaborateur toutes nos sincères félicitations.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. G.-L.-J. DUPUIS, ex-externe des hôpitaux, de La Chapelle-d'Armentières (Nord), a soutenu, le mardi 18 avril, sa thèse de doctorat (5e série, n° 118), intitulée : **Documents pour servir à l'étude de la dystocie de l'anneau de Bandl.**

Distinctions honorifiques

Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique :* MM. les docteurs ANDRÉ, GUIRAUD, SAINT-ANGE, professeurs à la Faculté de Médecine de Toulouse ; CARLE, médecin de l'hôpital de Montélimar.

Officiers d'Académie : MM. les docteurs AYMARD, BURET, HÉRET, de Paris ; MARIE et TRANIER, de Toulouse ; MARMIER, chef de laboratoire à l'Institut PASTEUR de Lille.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BOSSE, de Limoges (Haute-Vienne); BONIN, médecin de la Compagnie des Chemins de fer de l'Ouest ; TOUZELIN, ex-interne des hôpitaux de Paris ; BEAUME, de Cormery (Indre-et-Loire) ; AMEN, de Toulouse (Haute-Garonne) ; CHAMAYOU père, de Toulouse (Haute-Garonne) ; KIRCHBERG, ancien professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes (Loire-Inférieure) ; A. GAY, directeur du sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales) ; MARTIN, de Douai (Nord), que la famille de notre confrère reçoive l'expression de nos bien vives condoléances !

La **Caisse des Pensions de retraite du corps médical français** a tenu, le 9 avril dernier, sa séance annuelle, sous la présidence de M. le Dr LANDE, président.

Du rapport présenté par M. le Dr VERDALLE, trésorier, nous extrayons les chiffres qui suivent.

Le bilan, dressé au 31 décembre 1898, donnait :

Pour le capital inaliénable	Fr.	535.697 02
Pour la Caisse de réserve	—	189.218 08
Pour la Caisse auxiliaire.........	—	3.332 90
Total.........	Fr.	728.248 »

La situation, au 9 avril, est la suivante :

Portefeuille.................... ...	Fr.	726.897 85
Valeurs en caisse	—	47.015 66
Total de l'avoir.........	Fr.	773 913 51

La Caisse des Pensions de retraite du corps médical français distribue, en 1899, une somme de 21.721 francs à 27 médecins et femmes de médecin.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire des eaux minérales, stations climatiques et sanatoria de France et de l'étranger, suivi d'une nomenclature des principaux établissements hydrothérapiques et bains de mer ; édition 1899, corrigée et augmentée, publiée sous la direction du Dr G. MORICE, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*; à la librairie MALOINE, 21, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, ou au bureau de la *Gazette des Eaux*, 1, rue Baussel, Paris.

Ce volume (41e année) comprend :

Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratifs des eaux minérales au Ministère de l'Intérieur à Paris ; — La liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc. ; — La liste des stations thermales françaises avec le nom de leurs médecins ; — La liste des médecins des stations thermales par ordre alphabétique ; La liste des médecins des stations sanitaires et climatiques de la France ; — La liste des membres de la Société d'Hydrologie médicale de Paris, et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France ; — La nomenclature générale des eaux minérales françaises, avec leur classement, leurs indications sommaires et les moyens de locomotion pour s'y rendre ; — Le memento de leurs principales indications thérapeutiques ; — La nomenclature des principales stations et eaux minérales étrangères ; — Le classement des sources minérales selon leur nature et leurs caractères chimiques ; — La nomenclature des principales stations d'hiver et d'été (sanatoria et autres stations d'altitude, de plaine ou stations maritimes) ; — Une note des principaux hôpitaux ou instituts marins (fondation de l'Œuvre des hôpitaux marins ou fondations particulières) ; — La liste des principaux établissements d'hydrothérapie médicale en France ; La nomenclature des plages et bains de mer les plus en renom ; — Enfin, des notices descriptives et détaillées sur quelques stations, eaux minérales, établissements climatiques et installations d'hydrothérapie médicale.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

15e SEMAINE, DU 9 AU 15 AVRIL 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	3
3 mois à un an	10	2
1 an à 2 ans	3	4
2 à 5 ans	9	6
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	2	3
20 à 40 ans	12	18
40 à 60 ans	10	8
60 à 80 ans	14	15
80 ans et au-dessus	1	2
Total	73	63

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	11	3
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	2	2	»	»	6	»	»	»	»	»	7	22	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	1	5	»	3	»	»	3	»	»	»	»	»	6	20	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	1	1	»	1	2	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	7	17	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	2	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	5	12	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	5	1	»	»	»	»	5	13	10
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	8	14	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	3	»	»	3	»	1	»	»	»	6	16	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	4
Total	»	»	»	»	1	5	»	8	23	6	12	»	»	25	1	1	»	»	»	54	136	115

N° 120. Troisième Année, N° 18. Le Numéro : **10 centimes.** 30 Avril 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Le numéro de l' « *Echo Médical du Nord* » du dimanche 7 Mai sera un numéro exceptionnel, exclusivement consacré à l'ARCHÉOLOGIE MÉDICALE LILLOISE. Il contiendra de nombreux et importants extraits d'un travail auquel l'auteur met. à cette heure, la dernière main, et dont il veut bien nous communiquer les bonnes feuilles : Les Hôpitaux lillois disparus, par M. le professeur H. FOLET.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Étiologie et prophylaxie de la rougeole

par le docteur **H Surmont**, professeur à la Faculté de médecine

Bien que la rougeole soit la plus fréquente des fièvres éruptives, des points fort importants de l'étiologie et, par suite, de la prophylaxie de cette affection sont encore en discussion ; c'est ainsi que la durée exacte de la période de contagiosité, les conditions de résistance du germe morbilleux, questions qui paraissaient résolues il y a quelques années, ont été de nouveau mises en discussion.

Gravité et fréquence de la rougeole. — De toutes les maladies zymotiques (les affections tuberculeuses étant comptées à part dans les statistiques), la rougeole est celle qui fait le plus de victimes chez les enfants après la coqueluche et les diarrhées infantiles. Et encore, dans beaucoup de courbes urbaines, voit-on la rougeole et [illegible]e avoir une valeur à peu près égale. — A Lille, en 1897, sur 2.564 décès survenus chez des sujets de 0 à 5 ans, la rougeole en a causé 163, soit 1 sur 15,7 ; l'année précédente, où il n'a pas été signalé d'épidémie notable, elle a fait encore 89 victimes.

Les infections gastro-intestinales ne tuent que 4,7 fois plus d'enfants que la rougeole. En Angleterre et dans le pays de Galles, il y a eu, de 1881 à 1890, 5.244.771 décès de tout âge, dont un quart environ — exactement 1.259.860 — chez des enfants de moins d'un an. Sur ce chiffre, on trouve que 25.366 décès sont dus à la rougeole et 120.945 aux diverses diarrhées. Si on fait la remarque que souvent des infections secondaires consécutives à la rougeole et mortelles sont, dans les statistiques, portées sur d'autres colonnes, — par exemple aux bronchopneumonies et aux diarrhées, — si, d'autre part, on se rappelle que la mortalité par la rougeole atteint son maximum dans la deuxième année, non portée dans les chiffres de la statistique anglaise que nous venons de citer, on est vite convaincu que les méfaits de la rougeole sont encore plus considérables dans la réalité que ne l'indiquent les chiffres de la statistique et que l'on est probablement assez près de la vérité en admettant que la rougeole ne fait guère que quatre fois moins de victimes que les diverses diarrhées de l'enfance.

La rougeole étant assez souvent bénigne, la statistique de la mortalité qu'elle provoque renseigne assez mal sur sa fréquence ; celle-ci peut être difficilement appréciée et l'on manque d'éléments permettant de le faire dans la population civile, la maladie n'étant pas de celles dont la déclaration est obligatoire, et beaucoup de cas passent inaperçus des médecins à cause de

leur bénignité. On sait, au reste, que la plupart des enfants lui paient tribut.

Dans l'armée, qui est en France à peu près le seul groupe permettant une évaluation approximative de la morbidité, on trouve des chiffres bien plus élevés que ceux qu'on s'attendrait à priori à rencontrer chez des individus dont la plupart sont déjà en état d'immunité acquise. En 1896, la statistique médicale de l'armée donne pour la rougeole une morbidité de 6,7 pour 1000, comprise entre celle de la fièvre typhoïde qui est de 7,3,et celles de la diarrhée et dysentérie 6,4, de la tuberculose 6,4 également. Il est juste d'ajouter qu'en 1896 la rougeole a subi dans l'armée une recrudescence ; il y a eu en tout 3818 cas avec 40 décès.

Etiologie. — On sait que la rougeole passe pour avoir été importée en Europe par les Sarrazins, au VIIIe siècle ; en tous cas elle était connue des médecins arabes ; Rhazès au IXe siècle, Avicenne au Xe siècle, Constantin l'Africain au XIe siècle en ont donné les premières descriptions. Sa connaissance était fort imparfaite toutefois puisque Sydenham et Morton, à la fin du XVIIe siècle, discutaient encore sur son identité avec la scarlatine. Cependant *dès cette époque la contagiosité de l'affection était bien établie.*

Les conditions de la contagion ne furent l'objet d'aucune étude précise jusqu'en 1850. Dans les traités et les articles antérieurs à cette date on trouve noté uniquement que la rougeole est contagieuse, ce qui était de tradition. La durée de la période de contagiosité n'est établie par personne. Nous avons trouvé pourtant dans l'article : Rougeole, de Guersent (Dictionnaire de médecine, en 15 volumes), qui date de 1827, que « c'est ordinairement du deuxième au septième ou huitième jour qu'a lieu la transmission du principe contagieux. »

En réalité le premier travail important est celui de Panum. Dans l'épidémie qui, en 1846, envahit les îles Feroë, où la maladie n'avait pas été observée depuis 65 ans, il étudia d'une façon précise le mode de propagation de la maladie ; il démontra qu'elle était incapable de se propager à l'aide de miasmes puisés dans les milieux extérieurs et que la contagion médiate ou immédiate était son seul mode de propagion. Panum établit aussi que, contrairement à l'opinion courante alors, la rougeole n'est pas contagieuse pendant la période de desquamation. Jamais, dit-il, un individu n'a été atteint de rougeole plus de quatorze jours après que l'exanthème avait disparu chez les malades qui auraient pu l'infecter ; et comme cette période de quatorze jours est justement — d'après les observations de Panum — la durée habituelle de l'incubation (comptée jusqu'à l'éruption), sa conclusion ainsi déduite paraît logique. En l'absence de faits probants, Panum considère comme douteux que la contagion se fasse dans les périodes de catarrhe et de desquamation.

C'est Franz Mayr (de Vienne) et Girard (de Marseille) qui, en 1869 et 1871, donnèrent les premières observations de rougeole transmise à la période prodromique. A la Société Médicale des Hôpitaux, où eut lieu la communication de Girard, Triboulet et Henri Roger furent les seuls à affirmer la possibilité de la contagion à la période d'invasion, que niaient tous leurs collègues. Cependant l'idée nouvelle gagnait du terrain : Dumas, en 1872 et en 1876, Lancereaux, en 1873, apportèrent de nouveaux faits à l'appui ; et en Allemagne, la même opinion devenait classique.

Parmi les auteurs qui, depuis lors, ont contribué à affermir cette opinion, il faut citer Béclère (1882), Sevestre, Grancher (1886-1889), et Bard (1891). Les conclusions les plus catégoriques à cet égard sont celles de Bard, qui admet que la contagion est possible trois jours, peut-être même quatre jours avant l'éruption, mais non plus tôt ; et qu'elle se fait habituellement deux jours avant l'éruption. Cette opinion est aujourd'hui bien classique.

La *contagiosité de la rougeole à la période prodromique est un fait capital* dans l'étiologie de cette maladie. Il explique pourquoi les mesures prophylactiques échouent si souvent et pourquoi l'isolement en particulier se montre si souvent inefficace. Aussi, comprend-on que *tout l'effort des nosologistes se porte actuellement vers la découverte d'un signe précoce de diagnostic* qui, en permettant un isolement précoce lui-même, aurait naturellement pour effet une limitation plus rapide des foyers épidémiques. Les tentatives faites dans cette direction sont déjà fort nombreuses.

Bohn et Rehm ont signalé de légers malaises pendant la période d'incubation, mais ces symptômes prémonitoires ne se trouvent pas dans les rougeoles pures, que n'accompagne aucune infection concomitante.

Girard (de Marseille) a observé sur la muqueuse de la bouche un pointillé rouge, précédant d'après lui tous les symptômes de la période de début de la rougeole.

Labbé a trouvé pendant l'incubation des élévations de température d'un degré ; Meunier déclare n'avoir observé pareil fait qu'en cas d'infection concomitante : diarrhée, angine..., au cours de laquelle survenait la rougeole ; Grancher déclare aussi que la fièvre ne précède pas l'exanthème, mais arrive avec lui.

Dieulafoy dit que l'incubation est ordinairement silencieuse, cependant il a pu voir dans certains cas des élévations de température, du malaise, de la toux, du coryza. Il a même signalé des érythèmes passagers ; pour Barrier ces érythèmes sont de simples coïncidences, ou peut-être des rash précoces analogues de ces rash de la rougeole dont Robet a fait l'histoire dans sa thèse.

Plus récemment Koplik (de New-York) décrivait un signe très précoce que Hawgh a retrouvé 76 fois sur 84 cas ; il consiste en une éruption de taches blanc-bleuâtre siégeant sur la muqueuse buccale.

Enfin Meunier a signalé un nouveau symptôme de la période précontagieuse ; il l'appelle chute prémorbilleuse. Il l'a observé sur des enfants de 1 à 5 ans ; il consiste en une chute de poids atteignant en un temps moyen de six jours, un total moyen de 310 grammes, soit une perte quotidienne de 50 grammes environ en moyenne. Cette chute prémorbilleuse du poids débute vers le quatrième ou cinquième jour, à partir de la contagion, c'est-à-dire cinq ou six jours avant l'apparition des premiers symptômes catarrhaux et fébriles, huit ou dix jours avant l'éruption. Sur 45 cas il a trouvé 43 fois cette chute prémorbilleuse.

Aucun de ces symptômes n'a jusqu'à présent acquis de valeur véritable. Seuls, ceux qui ont été signalés par Koplik et par Meunier devront être recherchés avec soin chez les enfants non immunisés, mis au contact avec des enfants atteints de rougeole. Des recherches méthodiques poursuivies dans cette direction seront peut-être susceptibles de fournir enfin à la clinique un signe suffisamment précoce pour permettre l'isolement des petits malades avant l'apparition du catarrhe. L'érythème palatin sur lequel M. Sevestre insiste comme signe de début de la rougeole est bien, en effet, constant, mais son apparition au moment du catarrhe, c'est-à-dire au moment du début de la contagion, ne lui donne pas la valeur prophylactique qu'aurait un signe positif, perceptible avant le moment où le petit malade va devenir dangereux.

Girard, dans sa communication déjà citée, avait rencontré une opposition unanime à sa proposition que la rougeole n'était contagieuse que pendant les prodromes ; son élève Dumas avait ensuite soutenu la même opinion. — L'opinion traditionnelle de la contagiosité de la rougeole pendant la période d'éruption est cependant restée classique. Mais il semble bien démontré à l'heure actuelle que la *puissance de contagiosité de l'infection va en diminuant progressivement à dater de l'éruption*.

Béclère admet que la maladie n'est plus contagieuse cinq jours après le début de l'éruption ; Forster a cependant vu un cas de contagion au cinquième jour, Guinon et Renard (de Pithiviers) au neuvième jour, Darolles au onzième jour. Il conviendrait de distinguer, comme pour les autres fièvres éruptives, les cas simples et les cas compliqués, ces derniers ayant une contagiosité plus prolongée.

Plus exceptionnellement encore, la rougeole s'est montrée contagieuse au delà des périodes citées plus haut, et, le 13 mai 1898, à la Société médicale des hôpitaux, M. G.-H. Lemoine a apporté des exemples qu'il considère comme démonstratifs de contagion de la rougeole au onzième jour de la maladie par des convalescents ne présentant plus trace d'exanthème ou de catarrhe.

Voici le résumé de ces faits : le 17 janvier, quatre convalescents rougeoleux, aux quarante-quatrième, quarante-unième, trente-troisième, dix-huitième jour de la maladie, sont réunis à des convalescents de scarlatine dans un même local du Val-de-Grâce, y séjournent jusqu'au 23, et, douze et quatorze jours après leur départ, éclatent parmi les convalescents de scarlatine, le 4 et le 6 février (éruptions les 7 et 9), deux cas de rougeole, point de départ à leur tour de contagions ultérieures.

Cette relation serait tout à fait remarquable s'il était possible d'avoir dans ces cas une certitude absolue de l'absence de tout autre mode possible de contamination. Cette sécurité est bien difficile à obtenir, même dans les milieux militaires, et, dans le cas particulier, l'apparition tardive de l'affection (éruption chez des contagionnés quinze et dix-sept jours après le départ des contagionnants, vingt et un et vingt-cinq jours après le premier contact) peut inspirer quelques réserves.

La plupart des auteurs n'attachent qu'une importance médiocre à ces faits de *contagion tardive*. Au

contraire *quelques médecins leur donnent une très grande importance* et considèrent qu'on devrait en tenir compte davantage dans les mesures de prophylaxie édictées contre la maladie. A la tête de ces observateurs il convient de citer VALLIN, KELSCH, G. H. LEMOINE, VINCENT et à leur suite un grand nombre de médecins militaires.

A leur avis, *le germe de la rougeole ne serait pas aussi fragile qu'on l'admet généralement*. En effet l'opinion classique, corroborée par un grand nombre de faits, veut qu'arrivé dans les milieux extérieurs le germe morbilleux meure très rapidement ou tout au moins perde très vite sa virulence. D'après l'opinion de MM. GRANCHER, SEVESTRE et BARD, la durée de sa survivance ne dépasserait pas deux à trois heures.

Dans ces conditions on conçoit que la désinfection ne soit pas conseillée contre la maladie, l'assainissement spontané des milieux extérieurs suffisant largement. Au contraire, VALLIN, KELSCH et les adeptes de leur doctrine considèrent cette pratique comme défectueuse à tel point qu'ils ont, à différentes reprises déjà, sollicité de l'Académie de médecine l'inscription de la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en France depuis la loi de novembre 1892.

Un fait à remarquer est que les partisans des deux théories peuvent se diviser en deux groupes distincts, le premier comprenant les médecins des hôpitaux d'enfants, n'admettant que la contagion précoce ; le second composé de médecins militaires admettant que la contagion peut, dans certaines circonstances, être beaucoup plus tardive que ne le pensent leurs contradicteurs. Les uns et les autres apportent également à l'appui de leurs idées des faits d'observation, bien moins nombreux toutefois chez les seconds. Il nous semble naturel d'admettre que chez les enfants, justement à cause de leur grande réceptivité, la contagion est à la fois plus facile et plus précoce, tandis que chez l'adulte la *réceptivité affaiblie* rend la contagion moins facile, exige un contact plus prolongé et surtout *amène une incubation plus longue* qui semble allonger la période de contagiosité chez le contagionnant. La durée de la période d'incubation, on le sait, est d'une façon générale, dans les maladies infectieuses, en rapport inverse de la réceptivité du sujet. Cette règle s'applique à la rougeole. On en peut citer, entre autres exemples, trois faits rapportés par BARD (*Revue d'Hygiène*, 1891, p. 40). Or, s'il est bien démontré, depuis l'observation de PANUM aux îles Féroë, qu'aucun âge ne confère l'immunité vis-à-vis de la rougeole, il est d'observation courante que la maladie est moins grave chez les sujets plus âgés, fait qui ne peut s'expliquer en l'espèce que par une moindre réceptivité, l'infection plus grande des milieux intérieurs chez l'adulte, devant à priori rendre les infections secondaires plus fréquentes chez lui et par conséquent aggraver la maladie.

La contagion est habituellement directe ; elle peut se faire aussi indirectement par l'intermédiaire d'objets, de linges, de vêtements souillés par le malade. Mais *la caducité, l'éphémère virulence du germe, exigent que le transport s'effectue rapidement*. L'agent de transport peut, au reste, quoique très exceptionnellement, être un homme (médecin, infirmier...), bien que cette possibilité soit niée par un certain nombre d'auteurs.

La doctrine que nous venons d'émettre est, à l'heure actuelle, celle de la très grande majorité des médecins. Pourtant *certains auteurs tendent à admettre que le virus morbilleux est susceptible de se conserver dans les milieux extérieurs et de reprendre, au bout d'un certain temps, sa virulence*. En février 1898, à l'Académie de Médecine, M. KELSCH rapporte à nouveau un certain nombre d'exemples à l'appui de cette manière de voir ; il répète après M. VALLIN que, dans les casernes, il n'est pas rare de voir les épidémies de rougeole se succéder sans réinfection nouvelle, à des périodes excédant la durée de la période d'incubation ; ce qui oblige à admettre une certaine persistance du germe.

Cette persistance pourrait même être très longue, d'après les documents réunis par KELSCH ; par exemple, il cite un cas de rougeole déclarée le 16 avril 1880 chez un soldat, P..., du 141e ligne, à Avignon, employé au magasin d'habillement, chez lequel M. CZERNICKI, médecin-major, ne put découvrir d'autre origine au mal que la manipulation récente et le brossage de vêtements ayant appartenu à des hommes atteints de rougeole en 1878, envoyés en convalescence et libérés depuis cette époque.

En 1884, dans la même caserne, à Avignon, deux cas de rougeole dont un mortel se déclarèrent dans une chambrée « qui avait été, l'année précédente, le point de départ et le foyer principal d'une petite épidémie de rougeole ».

« En 1893, le 117e de ligne, à La Flèche, eut, dans l'espace de dix-huit jours, douze cas de rougeole à une

époque où la population civile en était complètement indemne. Les médecins du corps rapportèrent ces atteintes, sans origine avérée, à la reviviscence de germes laissés par l'épidémie qui avait sévi dans cette garnison en juillet 1892. »

KELSCH va plus loin encore ; il attribue une épidémie soudaine et isolée de rougeole, observée en 1890, sur le 10e hussards, à Commercy, au nettoyage du casernement au moment où le régiment prenait possession du quartier, « opération qui souleva dans l'atmosphère des flots de poussière que les hommes respirèrent pendant plusieurs jours ».

L'enquête étiologique est toujours si difficile à mener, même dans les milieux militaires, qu'à notre avis il est sage, au point de vue scientifique, de n'admettre qu'avec une certaine restriction la réalité des faits exceptionnels rapportés par KELSCH. Mais il serait injuste et peu logique de les rejeter de parti-pris ; nous ne connaissons pas encore la biologie de l'agent de la rougeole : la plus grande prudence est donc nécessaire dans la discussion, et, au point de vue prophylactique, mieux vaut l'exagérer.

Non seulement *nous ne connaissons pas l'agent de la rougeole,* mais même *nous ne savons pas encore d'une façon absolument certaine quels sont les produits morbides susceptibles de le disséminer dans les milieux extérieurs.* Les sécrétions conjonctivales, nasales, pharyngées et bronchiques sont des agents de propagation. L'expérience clinique le prouve et l'expérimentation l'a démontré à son tour. En 1898, MM. NOCARD et JOSIAS sont parvenus à communiquer la rougeole à des singes sapajous en badigeonnant les narines, la bouche, la gorge et les conjonctives de ces animaux avec du mucus de la gorge d'enfants en pleine éruption morbilleuse.

Ces sécrétions restent-elles, à la période d'éruption, les agents de la propagation du mal, ou bien la propagation peut-elle se faire à ce moment et plus tard par les produits de desquamation cutanée? C'est un point difficile à élucider actuellement. En tous cas, il n'est pas douteux que le maximum de contagiosité ne se trouve dans le produit des sécrétions muqueuses.

C'est aux sécrétions bronchiques par exemple que « *l'air expulsé* » par la toux, l'éternuement, la parole, les cris, devrait ses propriétés nocives. A la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, en octobre 1890, M. SEVESTRE déclarait que « l'air expulsé violemment peut détacher du larynx ou de la gorge des produits contagieux. Ces produits se dessèchent de même que le mucus nasal, les larmes, etc... et les poussières qui en résultent peuvent rendre infectieuse l'atmosphère qui entoure le malade. » Il admet toutefois que cette zone dangereuse « doit être assez limitée et ne dépasse guère quelques mètres. »

M. GRANCHER se refuse à admettre un rôle aussi important à la contagion par l'atmosphère contaminée ; pour lui le contage est d'ordinaire transporté par les objets souillés par le malade. Pourtant les idées de M. SEVESTRE trouvent une sorte de confirmation dans les récentes expériences de FLÜGGE et de ses élèves sur l'expulsion, par la toux et l'éternuement chez les tuberculeux, de très fines particules liquides gardant des bacilles dans un état d'humidité favorable à la conservation de leur virulence.

La rougeole est parmi les fièvres éruptives l'une de celles qui confèrent une plus durable immunité. Le plus bel exemple en est fourni par PANUM quand il fait remarquer que dans l'épidémie des îles Feroë, qui, d'avril à octobre, frappa plus de 6.000 habit. sur 7.782, seuls les sujets frappés en 1781 ne furent pas atteints en 1846. Aussi y a-t-il lieu de faire des restrictions vis-à-vis d'un assez grand nombre d'observations de rechutes ou de récidives, surtout vis-à-vis de celles publiées il y a quelques années ; beaucoup de ces prétendues récidives sont des rubéoles ou des roséoles.

Il n'y a pas d'autre immunité que l'immunité acquise ; la seule exception que l'on puisse signaler a trait aux enfants de moins de six mois. Ceux-ci pourraient parfois ne pas prendre la rougeole alors même que leur mère en est atteinte. Une des plus remarquables observations est celle de GAUTIER (de Genève) ; une femme enceinte fut atteinte de rougeole, l'éruption survint le lendemain de son accouchement ; elle contamina ses trois enfants, sauf le nouveau-né, qu'elle allaita et qui ne la quitta pas et ne présenta ni fièvre, ni catarrhe, ni éruption. L'immunité des nouveau-nés n'est cependant pas absolue, et, depuis FABRICE DE HILDEN, nombre d'auteurs (LEDEL, GUERSANT et BLACHE, CHAUSIT, HEDRICH...) ont relaté des observations de contagion intra-utérine.

Jusqu'à présent, nous ne nous sommes occupé que de la rougeole proprement dite, mais la gravité de cette affection étant surtout une gravité d'emprunt, *il y a lieu de s'occuper de l'étiologie des complications*, et, en particulier, de la bronchopneumonie, la plus fréquente

et la plus meurtrière de toutes. Les autres complications, si intéressantes qu'elles soient pour le nosologiste, n'ont habituellement pas assez d'importance pour préoccuper l'hygiéniste.

Bard et beaucoup d'auteurs considèrent la bronchopneumonie comme une infection surajoutée, exogène, passible de l'isolement ; pour Netter, c'est une auto-infection par des microbes existant déjà à l'état latent dans les cavités naturelles, et contre laquelle l'isolement est inutile.

Il paraît certain que la bronchopneumonie est tantôt endogène et tantôt exogène. Les succès que donne l'antisepsie soignée des premières voies respiratoires démontre l'existence de la première variété, de même que certaines extensions épidémiques démontrent l'existence de la seconde. Il en est ainsi particulièrement des épidémies où la bronchopneumonie s'associe d'emblée à la rougeole, qui devient alors véritablement suffocante d'emblée. Il y a quelques années, le canton de Lens (P.-de-C.) a eu sa population infantile à tel point décimée par une épidémie de ce genre que l'on disait couramment dans le pays que la conscription n'y lèverait pas de soldats à l'appel de la classe correspondante. C'est pour ces cas que la question peut encore se poser de savoir si la lésion est produite par l'agent inconnu de la rougeole ou par un agent secondaire. Cette dernière interprétation est aujourd'hui à peu près universellement admise et la base des mesures de prophylaxie adoptée.

La bronchopneumonie est particulièrement fréquente et grave dans les hôpitaux. Comby rapporte que, sur 715 malades soignés au pavillon de la rougeole à Trousseau, il a compté 85 bronchopneumonies qui ont donné 50 décès, soit 81 0/0. (*Traité des maladies de l'enfance*, t. I, p. 186.)

Il est, du reste, de notion commune que l'hôpital a sur la rougeole la plus funeste influence. Le rougeoleux est vulnérable au plus haut degré ; c'est un terrain excellent pour toutes les complications, et les milieux hospitaliers ne lui ménagent pas les occasions de s'infecter. La tuberculose, la diphtérie, la bronchopneumonie, l'érysipèle le guettent. Tandis qu'en ville la mortalité de la rougeole est de 3 à 5 0/0, on trouve à l'hôpital 46 (hospice des Enfants-Assistés, 1882-1886) ; 40 (hospice des Enfants-Malades, 1882-1888) ; 28 0/0 (hôpital Trousseau, 1890-1894) ; 14,4 0/0 (hôpital Trousseau, 1895).

Les conditions d'hospitalisation jouent un rôle important ; les statistiques qui précèdent le montrent déjà ; plus frappant encore est le fait que rapporte Laveran. Après la guerre d'Italie, le Val-de-Grâce fut encombré de malades ; l'érysipèle, la diphtérie y sévirent ; survint une épidémie de rougeole ; il y eut 40 décès sur 125 cas, soit 1 pour 3 ; tous ces malades avaient des rougeoles à début bénin ; ils étaient emportés par les complications qui survenaient au déclin de la maladie.

De même les malades sont plus exposés dans les milieux pauvres ; à Londres (où nombre de familles vivent dans des logements restreints), la mortalité infantile est le double de la mortalité moyenne pour toute l'Angleterre, soit 6,2 au lieu de 3 0/0.

Prophylaxie. — La première mesure à prendre pour éviter la propagation de la rougeole est *l'isolement des malades et des suspects*.

Le malade doit être isolé dès que le diagnostic est possible et il doit rester isolé jusqu'à ce qu'il ne soit plus dangereux. Or, la durée de la période de contagiosité étant, nous l'avons vu, assez mal délimitée encore, on comprend qu'il y ait sur la longueur de l'isolement quelques divergences entre les auteurs. Douze jours après l'éruption l'enfant pourra sans inconvénients être rendu à la vie courante, si l'on a eu soin de faire une antisepsie soignée de la peau et des muqueuses.

Les suspects doivent également être mis à l'écart et surveillés pour limiter de suite les foyers épidémiques. La définition du terme suspect est ici très simple : sont suspects tous les individus en état de réceptivité qui ont subi les contacts de la vie commune, même pendant un temps très court, avec un rougeoleux à la période de contagiosité. La contagiosité de la rougeole est tellement puissante, en effet, qu'« on peut ériger en règle presque absolue que tout sujet non réfractaire, qui a été en contact réel avec un contagieux, est presque sûrement contagionné » (Bard), et cela, à l'ordinaire, dans le plus bref délai possible.

La durée de la surveillance des suspects est naturellement liée à la *durée de l'incubation* de la maladie. Celle-ci est actuellement bien fixée. On sait qu'elle est de treize à quatorze jours, de l'infection à l'éruption, comme l'a dit Panum le premier, soit de neuf à dix jours de l'infection aux prodromes. Cette durée de la période d'incubation est remarquablement

fixe chez les enfants, elle ne s'allonge que chez les sujets en état de réceptivité plus ou moins amoindrie.

L'isolement du malade doit évidemment être aussi complet que possible ; rien de contaminé ne pourra quitter la chambre du malade.

Les personnes qui soignent le malade devront autant que possible être en état d'immunité acquise. Comme elles peuvent devenir des vecteurs de la contagion, il est bon qu'elles aient une blouse qu'elles quitteront en sortant ; elles devront aussi se laver la figure et les mains.

Le nettoyage de la chambre se fera avec un linge humide ; on évitera de soulever dans l'air des flots de poussière parmi lesquelles se trouvent les sécrétions desséchées du malade.

Tout ce qui aura servi au malade : draps, chemises, mouchoirs, couverts, sera, dans la chambre même, trempé dans une solution antiseptique ou au moins envoyé humide à la lessive. Il ne semble pas que les urines et les matières fécales puissent être des agents de contamination ; il n'est donc pas besoin de désinfection spéciale en ce qui les concerne. On n'oubliera en aucun cas que le germe de la rougeole étant très fragile, les antiseptiques légers peuvent être employés en toute sécurité. Une propreté rigoureuse au sens médical du mot est même souvent suffisante.

Le meilleur moyen d'éviter les complications (bronchopneumonies, otites, vulvites...) est de veiller à la propreté rigoureuse des régions menacées par l'antisepsie très soignée de la bouche, des fosses nasales, du conduit auditif, de la vulve.

Dans les hôpitaux..., ces mesures suffisent à restreindre dans une large mesure les auto-infections secondaires au moins chez les malades de la ville. La prophylaxie doit être plus sévère encore ; les mesures d'hygiène individuelle seront surveillées de très près et l'isolement rigoureux ; autrefois les rougeoleux étaient mis dans les salles communes, en rapports incessants avec des enfants non immunisés, et les cas de contagion intérieure étaient d'une fréquence dont les chiffres suivants peuvent donner une idée. En 1888, à l'hôpital Trousseau, d'après M. Cadet de Gassicourt, sur 380 cas de rougeole traités, 110 résultaient de contagion intérieure ; soit 28,94 % ; aucune autre maladie n'atteignait ce chiffre : varicelle, 19,35 % ; scarlatine, 15 ; diphtérie, 9,91 ; coqueluche, 6,61.

Etant donné la précocité de la contagion, il faut de toute nécessité, à l'hôpital, isoler les douteux ; l'idéal serait qu'ils fussent isolés individuellement ; une fois le diagnostic possible, les rougeoles simples seraient évacuées dans une salle contenant quelques lits ; les rougeoles compliquées dans de petites salles spéciales, ou mieux encore dans des boxes ne contenant qu'un seul lit. On a même préconisé l'isolement dès la porte de l'hôpital, avant l'entrée dans les salles d'attente des consultations des hôpitaux, où tout favorise les contagions.

L'isolement est, de l'avis de tout le monde, une méthode excellente ; il empêche l'encombrement, il écarte les infections secondaires, et, tel qu'il est fait, rend déjà beaucoup de services ; mais il est difficile à mettre en pratique dans de bonnes conditions : en ville, à cause de l'insuffisance habituelle des habitations, particulièrement dans les milieux pauvres ; à l'hôpital, à cause des difficultés matérielles d'une bonne installation. Un service d'isolement destiné aux rougeoleux, pour rendre des services réels, doit en effet être préparé pour recevoir à la fois un grand nombre de malades, l'extrême contagiosité de l'affection faisant que les épidémies sont habituellement massives et de courte durée. Il est donc forcément coûteux. Enfin, défaut plus grave, l'isolement n'acquerra dans la rougeole la valeur prophylactique qu'il peut avoir que le jour où nous serons en possession du signe précoce de diagnostic qui nous manque encore.

Parmi les agglomérations où les épidémies peuvent se développer, les *milieux scolaires*, écoles, asiles, crèches, tiennent le premier rang ; il est indispensable que les sujets atteints soient momentanément exclus de l'école et que les suspects soient surveillés attentivement. Dans les lycées et collèges de France, le rougeoleux était, en 1890, exclu pour vingt-cinq jours, à dater du premier jour de l'invasion ; depuis 1896, cet isolement n'est plus que de seize jours. Avant la cessation de l'isolement, la circulaire ministérielle prescrit deux ou trois bains savonneux et des frictions générales huileuses, la désinfection des habits, des literies et des locaux.

Pour éviter la formation des foyers scolaires, M. Bard a proposé de fermer l'école pendant cinq à huit jours, cette fermeture commençant le neuvième jour après l'éruption du premier cas. M. Schrevens (de Tournai) a, de même, proposé le licenciement de l'école du neuvième au douzième jour. On comprend facilement la raison d'être de ces mesures, puisque

cette époque est précisément celle où les sujets contaminés sont à la période de catarrhe, c'est-à-dire deviennent eux-mêmes contagieux. Le douzième jour passé, le diagnostic est établi, les sujets atteints sont dans l'impossibilité de rentrer en classe. La formule de M. Bard nous paraît meilleure, elle tient davantage compte de l'existence possible de cas à incubation prolongée.

Au Congrès d'hygiène en 1889, M. Sevestre a proposé d'instruire les maîtres d'école, des phénomènes qui permettent de reconnaître les maladies infectieuses, la rougeole en particulier, afin qu'ils puissent écarter les premiers cas de ces affections et enrayer dès le début les épidémies. C'est là un moyen de prophylaxie excellent. On a commencé à l'utiliser assez largement en Angleterre et dans l'Amérique du Nord, au grand profit de la santé publique.

Quand dans un établissement scolaire survient une épidémie grave, où les rougeoles compliquées sont en majorité, on ne doit pas hésiter à provoquer le licenciement des élèves et à faire pratiquer une désinfection soignée. Ces mesures doivent s'appliquer d'abord et surtout aux classes enfantines, puisqu'elles sont les plus exposées à être frappées et qu'elles le sont le plus gravement.

Parmi toutes les maladies infectieuses, la rougeole est actuellement la seule qui ne soit pas en voie de décroissance : une première raison de ce fait est que l'isolement est rarement pratiqué. Confiants dans la bénignité de l'affection, chez les sujets au-dessus de deux ans, les parents laissent évoluer la rougeole de leurs enfants, sans faire appel aux soins médicaux, et sans isoler leurs petits malades. La rougeole étant fréquente, contagieuse précocement, la race humaine étant douée à son égard d'une très grande réceptivité, il n'est pas étonnant que la maladie persiste.

Une seconde raison, c'est que, confiant dans la fragilité de l'agent morbilleux, on laisse aux milieux extérieurs le soin de le détruire. Pourtant, si éphémère que soit cette virulence, ne vaudrait-il pas mieux l'anéantir de parti-pris, c'est-à-dire désinfecter pour la rougeole comme on le fait pour les autres maladies.

M. Grancher l'a montré, l'isolement seul n'a pu diminuer le nombre de cas intérieurs dans les hôpitaux ; il est nécessaire d'y adjoindre l'antisepsie prophylactique. Il est bon d'opérer de même en ville et de désinfecter les locaux, les literies, les habits, le linge, les objets souillés ; on limitera ainsi les foyers épidémiques, on diminuera la durée de l'isolement à imposer aux malades. Toutefois cette opinion n'est pas admise de tous. M. Bard n'a jamais vu la rougeole survenir chez l'hôte d'un local quitté depuis un jour par un rougeoleux ; il dit qu'il ne prescrit plus la désinfection des locaux ou écoles et qu'il n'a jamais eu à le regretter. Pour lui l'assainissement spontané du milieu est plus rapide que les préparatifs de la désinfection.

Malgré cet avis, il n'est jamais nuisible de désinfecter un local ou des objets ; nous connaissons insuffisamment les conditions de vie du germe morbilleux et nous ne pouvons pas rejeter *à priori* les observations de persistance du germe parce qu'elles sont exceptionnelles. La persistance et l'accroissement de la rougeole indiquent l'insuffisance des moyens qu'on lui oppose, pourquoi ne pas utiliser contre elle les procédés qui ont si bien réussi contre les autres affections ? l'isolement ne suffit pas à la faire décroître : ajoutons-y la désinfection, ne fût-ce que pour purger le milieu des agents de complications secondaires pour lesquels la destruction spontanée est loin d'être démontrée. La rougeole, on l'a vu par les chiffres que nous avons cités au début, est un fléau qui compte, c'est un devoir patriotique pour les hygiénistes et les médecins de ne pas l'oublier et de faire disparaître du public l'erreur si accréditée de sa bénignité.

Et c'est ici le lieu de signaler aux médecins de campagne qu'ils pourraient contribuer utilement à élucider les points encore obscurs de l'étiologie et de la prophylaxie de la rougeole. Dans les milieux où ils exercent, la moindre densité de la population, les contacts moins fréquents, rendent les conditions de contagion moins complexes et les enquêtes étiologiques plus faciles. C'est à eux qu'il appartient d'éclaircir ces questions soulevées tout récemment et si controversées de la persistance et de la reviviscence de l'agent de la rougeole.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1827. Dictionnaire de médecine. Béchet, éditeur. Rougeole, par Guersent.

1851. Panum (de Copenhague). Du mode de transmission de la rougeole. *Arch. gén. de méd.*, tome 25.

1854. Barthez et Rilliet. Maladies des enfants, t. 3. Rougeole.

1876. Forster. Du mode de propagation de la rougeole. *Jahrb. für Kinderheilk.* août 76, t. X, p. 164.

1879. Gautier (de Genève). De la rougeole dans l'état puerpéral et pendant la grossesse. *Annales de gynécologie*, mai 1879.

1882. Béclère. De la contagion de la rougeole. *Thèse de Paris.*

1882. H. Bourru. Mesures prises à Rochefort contre les épidémies de rougeole de la garnison. *Rev. d'hygiène*, février 1882.
1886. Sevestre. Sur la durée de l'incubation et sur la contagion de la rougeole. *Rev des mal. de l'enfance*, juillet 1886.
1888 Gontier. Nature et prophylaxie de la broncho-pneumonie des rubéoleux. *Thèse de Lyon.*
1889. Sevestre. Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphtérie *Soc. méd. des hôp.*, 22 février.
1889. Cadet de Gassicourt. Du mode de transmission des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants. *Soc. méd. des hôp.*, 8 mars.
1889. Richard. De l'isolement individuel dans la rougeole. Bull. et mém. de la *Soc. méd. des hôp.*, 22 mars.
1889. Comby. Rapport sur la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. *Soc. méd. des hôp.*, 10 mai.
1889. Sevestre. Prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles et les lycées. *Revue d'hygiène*, août 89.
1889. Vallin. Isolement et désinfection dans les hôpitaux d'enfants. *Revue d'hygiène*, mars 89.
1890. Grancher. Essai d'antisepsie médicale. *Revue d'hygiène*, juin 1890.
1890. Sevestre. Antisepsie et isolement. *Revue d'hygiène*, octobre 1890.
1891. Bard. Epidémiologie de la rougeole. *Revue d'hygiène*, mai 91.
1895. G. Grancher. Article rougeole, *Traité de médecine de* Brouardel, Gilbert et Girode, tome I.
1895. The notification of measles. *Brit. med. journ.* n°ˢ 1850-1851.
1896. Wynter Blyth. The notification of measles and hospital accomodation. *Brit. med. journ.* 1896, p. 610.
1896. Robet. Les rashs prééruptifs de la rougeole. *Thèse de Paris.*
— Barbier. La rougeole. *Bibl.* Charcot-Debove.
1897. Catrin. Un cas de contagion de la rougeole après la période prééruptive. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris.*
1897. Renard. Rougeole contagieuse pendant la convalescence. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 mai.
1897. Schrevens (de Tournai). Prophylaxie des épidémies de rougeole dans les écoles. *Semaine médicale*, 2 juin 97.
1897. Comby. Art. Rougeole. Traité des maladies des enfants, de Grancher, Comby et Marfan, tome I.
1898. Joseph Priestley. Moyen de réduire la mortalité infantile à l'égard de la rougeole et de la diarrhée. Anal. de Catrin, in. *Rev. d'hygiène*, août.
1898. J. Carteret. Contagion et prophylaxie de la rougeole. *Presse méd.* 6 juillet.
1898. A. Josias. Recherches expérimentales sur la transmissibilité de la rougeole aux animaux. *Méd. mod.* mars.
1898. Marvaud. Etiologie et prophylaxie de la rougeole dans l'armée. *France Médicale*, n° 45.
1898. Chatinière. Contagiosité de la rougeole ; sa photothérapie. *Presse Médicale*, septembre.
1898. G. H. Lemoine. Contagion de la rougeole à la période de convalescence. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, mai.
— Vincent. id.
1898. Kelsch. Note sur la contagion de la rougeole. *Revue d'hygiène*, février.
1898. H. Meunier. Sur un sympt. nouveau de la période précontagieuse de la rougeole. *Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, novembre.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine — M. Poncet préconise la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques.

— M. Mouchet a pratiqué la laparotomie pour deux cas d'utérus gravide en rétroversion et irréductible. La grossesse a continué.

Société de Biologie. — M. Hayem ramène la discussion sur les ictères acholuriques.

— MM. Levaditi et Paris insistent sur le rôle du terrain dans l'infection streptococcique du nouveau-né.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Debove a guéri un malade atteint de goître exophtalmique, par des injections interstitielles de teinture d'iode.

— M. Jacquet, sur 17 phtisiques de son service, a trouvé 16 fois une alcoolisation forte pendant les années qui ont précédé les premières atteintes de tuberculose.

Société de Thérapeutique. — M. Bardet. La dose maxima quotidienne de l'exalgine est de 0 gr. 30 centigrammes.

— M. Duhourcau emploie les eaux minérales non purgatives dans le traitement de la constipation, mais il les emploie en lavements.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 28 Avril 1899

Présidence de M. le docteur Carlier, *président.*

Ophtalmoplégie externe bilatérale compliquée d'hémiplégie droite et poliencéphalite inférieure

M. Ausset présente une petite fille de 7 ans atteinte d'une paralysie des deux oculo-moteurs communs, d'une parésie du facial inférieur droit, d'une hémiplégie droite avec titubation, démarche ébrieuse, et enfin d'une glossoplégie amenant de la dysarthrie et de la difficulté dans la mastication. La sensibilité est normale.

Il s'agit donc d'une ophtalmoplégie externe bilatérale, compliquée d'hémiplégie droite et de poliencéphalite inférieure (lésion du nerf hypoglosse).

M. Ausset discute d'abord le siège de la lésion, et se basant sur les données anatomiques de la région, sur les signes fournis par la malade, il place le mal au niveau des noyaux d'origine du moteur oculaire

commun gauche, noyaux postérieurs destinés à la musculature externe, avec extension de cette lésion aux noyaux contigus de l'oculo-moteur droit, au faisceau pyramidal gauche et aux pédoncules cérébelleux moyen et supérieur qui sont également très proches.

Quant à la glossoplégie, elle est causée par l'extension au bulbe de la lésion primitivement protubérantielle.

Le diagnostic étiologique est très difficile. Il n'y a aucun stigmate de syphilis ni de tuberculose. Mais cela ne veut pas dire que l'on n'a pas affaire à l'une ou l'autre de ces infections : soit vascularite, soit tumeur solitaire. Le diagnostic doit être ici réservé. On peut penser aussi à une tumeur cérébrale, telle qu'un gliome.

Le pronostic est grave à cause des phénomènes bulbaires qui ont déjà fait leur apparition.

Quant au traitement, on est en train d'essayer le traitement antisyphilitique.

M. Ingelrans dit le diagnostic incontestable, mais penche vers une cause syphilitique.

Lombric noué dans l'intestin

M. Combemale présente comme curiosité un lombric expulsé le matin même par l'un de ses malades et présentant un nœud assez volumineux vers le pore génital. Le ver était mort au moment où il a été recueilli, à sa sortie de l'anus ; il est donc vraisemblable que c'est une fois le parasite mort que l'intestin, dans ses contractions péristaltiques, l'a noué.

Contusion de l'abdomen et fracture du crâne

M. Lambret montre les pièces anatomiques d'un blessé atteint de fracture du crâne et de rupture de l'intestin par contusion de l'abdomen. Outre des plaies profondes de la tête, le malade présentait du côté de l'abdomen les symptômes suivants : les muscles de la paroi étaient contracturés violemment, la palpation était horriblement douloureuse, la matité hépatique était conservée, le pouls était à 110. Soupçonnant une lésion intestinale, M. Lambret fit la laparotomie. Le ventre était rempli d'une grande quantité de liquide louche, les anses intestinales rouges étaient couvertes d'exsudats fibrineux ; la déchirure siégeait à la naissance du jéjunum, intéressant environ la moitié de la circonférence intestinale ; elle fut suturée, le ventre lavé à l'eau bouillie salée, largement drainé, puis refermé. Le malade supporta l'opération, mais il mourut quarante heures après dans une excitation extrême qui avait fait porter le diagnostic de méningo-encéphalite. — L'autopsie démontra que les lésions intestinales et péritonéales étaient complètement guéries ; il existait une fracture du crâne et, du côté des méninges, de l'œdème et une congestion intense. S'il n'avait succombé à une méningo-encéphalite suraiguë, il est donc permis de dire que ce malade aurait, grâce à la laparotomie précoce, guéri de la péritonite causée par la déchirure intestinale.

M. Moty note que la rapidité croissante du pouls, à la suite des contusions abdominales, constitue une des meilleures indications d'intervention.

Il annonce aussi que les fractures du crâne en rapport avec les fosses nasales sont presque toujours mortelles en raison de l'infection qui en résulte.

M. Carlier fait remarquer l'intérêt du mode de traumatisme intestinal du malade dont il vient d'être question. Les ruptures de l'intestin, consécutives aux traumatismes de la paroi abdominale sans lésion apparente de cette paroi, sont rares. M. Carlier en a observé un cas à l'hôpital Lariboisière, pendant son externat, dans le service du professeur Duplay : ce malade avait reçu un coup de pied de cheval à la partie inférieure du ventre, la paroi était intacte et cependant on trouva une rupture complète de l'intestin grêle.

Archéologie médicale lilloise

M. Folet fait une très intéressante communication sur le service médico-chirurgical dans les hôpitaux de Lille avant la révolution. L'analyse de ce point d'archéologie médicale lilloise, fait tout entier d'anecdotes documentées, ne peut être donnée ici. Nos lecteurs trouveront dans le numéro prochain de quoi satisfaire leur curiosité à ce propos.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Potain. — **La fièvre dans la convalescence de la fièvre typhoïde** (*Semaine médicale*, 1899, p. 137).

Dans la dothiénentérie, la fièvre se termine d'ordinaire vers le vingt et unième jour; souvent, la température reste alors quelques jours au-dessous de 37° pour revenir ensuite à la normale. Il y a des cas où, au cours de l'apyrexie qui semblait définitive, on voit le thermomètre s'élever de 1 à 3 degrés pendant deux à cinq jours. C'est la *febris carnis* due à la reprise de l'alimentation solide.

Quelquefois, la fatigue ou l'émotion amènent aussi de la fièvre. Dans d'autres cas, la température s'élève un peu le soir, puis monte de plus en plus pour reprendre une marche semblable à celle qu'elle avait suivie dans la maladie : il s'agit d'une réitération, avec nouvelle éruption de taches rosées. C'est l'infection première qui continue son œuvre; on peut observer jusqu'à quatre réitérations successives. Ce ne sont ni des rechutes ni des récidives. Les réitérations sont d'une extrême bénignité; les rechutes, au contraire, fréquemment mortelles.

Il y a des convalescents chez lesquels la fièvre reparaît sous forme paroxystique. Elle survient sans cause apparente : cette forme est plus spéciale à certaines épidémies.

Parmi les accidents latents susceptibles d'élever la température des typhoïdiques convalescents, il faut placer en tête la coprostase. Les selles s'espacent, le ventre se ballonne, la fièvre s'allume. Parfois, le diagnostic est fort embarrassant, car la diarrhée coexiste avec la constipation : les masses fécales, accumulées dans le rectum, sont creusées d'un canal à travers lequel s'écoulent les matières liquides. En présence de pareils accidents, il faut prescrire des purgatifs huileux, des lavements abondants et répétés ou employer l'électrisation.

L'hyperthermie peut dépendre d'une entérite chronique, localisée à l'intestin grêle, provoquée par une alimentation prématurée ou mal appropriée. Plus rarement, la cholécystite ou l'angiocholite sont à incriminer; rares aussi, la névrite et la pyélonéphrite. Il n'est pas un organe qui ne puisse être atteint au cours de la convalescence. Sous l'influence du froid, la bronchopneumonie apparaît, ou bien une bronchite, ou une pneumonie congestive, ou la tuberculose enfin. Cependant, en ce qui touche ce dernier point, il faut admettre que la plupart des cas de tuberculose consécutive en apparence à la fièvre typhoïde se rapportent à des individus déjà atteints de quelque lésion tuberculeuse plus ou moins latente.

L'aortite typhique est assez fréquente et peut devenir l'origine d'un anévrysme. Les artérites des membres ne s'accompagnent pas d'une fièvre notable. — Les suppurations post-typhoïdiques siègent dans les régions les plus variées; elles peuvent naître d'une façon très insidieuse, mais, le plus souvent, élèvent la température des convalescents.

Toutes ces complications sont dues parfois au bacille d'Eberth seul; dans certains faits, elles relèvent d'une association; souvent aussi, elles sont le résultat d'une infection secondaire. Quelquefois enfin, la fièvre arrive sans cause. Parson a publié l'Observation d'une dothiénentérie qui se termina au bout de trois semaines; au quatre-vingt-cinquième jour, mouvement fébrile inexpliqué qui dura jusqu'au deux cent soixante-douzième jour.

Ingelrans.

VARIÉTÉS

Simple héroïsme

Le 28 mars, un journal du soir racontait simplement comme suit, cette courte histoire qui venait, le jour même, d'avoir son dénouement :

« La 10e chambre correctionnelle s'est occupée dans son audience d'aujourd'hui d'un empoisonnement accidentel causé par l'erreur d'un pharmacien.

Hâtons-nous de dire que cet empoisonnement n'a pas eu de suites irréparables. Voici comment fut commise l'erreur :

Un malade appela à son chevet un médecin ordinaire. Celui-ci, après avoir porté son diagnostic, prescrivit une potion dans la composition de laquelle entrait un poison violent ayant quelque analogie avec l'atropine.

L'ordonnance fut exécutée dans une pharmacie voisine, non pas par le pharmacien lui-même, mais par son aide, qui n'est d'ailleurs pas un élève, mais un pharmacien diplômé lui aussi.

Le malade commença à absorber la potion, mais aussitôt son état s'aggrava. Le médecin, rappelé en toute hâte, crut d'abord à une congestion cérébrale et ordonna une médication appropriée, mais elle ne produisit aucun effet.

L'idée lui vint alors qu'il pouvait bien y avoir eu erreur du pharmacien, et pour s'en assurer il prit lui même une cuillerée de la potion.

Il ne tarda pas à éprouver des symptômes d'empoisonnement, troubles de la vue, hallucination, etc. Il fut dès lors éclairé, et, comme il tenait à mettre sa responsabilité à couvert, il porta plainte contre l'aide-pharmacien à qui l'erreur était imputable.

MM. Brouardel et Ogier, commis comme experts, sont venus déclarer aujourd'hui que la dose de poison avait été trois ou quatre fois plus forte que ne comportait l'ordonnance. »

Voyons, franchement, froidement, sans nommer personne, qu'on nous montre parmi les détracteurs de la médecine et des médecins beaucoup de gaillards qui, comme celui-là, sont prêts à expérimenter sur eux-mêmes une substance aisément mortelle ? et cela sans réclame, sans forfanterie, avec la tranquille conscience d'un devoir supérieur à tout, même au bon sens... Allons, Messieurs qui fîtes campagne ardente lors des procès Boisleux et Laporte, ou fûtes hypocritement aigres-doux, voyons, tâtez-vous, vous sentez-vous de taille à lutter contre cet homme... dont le journal ne dit même pas le nom ?

Piqûres de plume et coups de langue... le simple geste d'un homme nous venge de tout ça.

L'utilité de l'état-civil

Un de nos confrères publie l'amusante histoire que voici :

« On sait qu'il y a fort peu de temps qu'en Angleterre et en Amérique le registre de l'état-civil a été retiré au clergé pour être confié aux municipalités.

» Comme aucun contrôle n'existait, il existe dans ces pays une foule de gens qui ne connaissent pas seulement leur âge et sont dans l'impossibilité d'établir légalement leur identité.

» On sait également que, pour les actes de l'état-civil, les officiers acceptent sans contrôle les déclarations qui leur sont fournies par les intéressés.

» Un divorce, jugé récemment, vient de montrer une fois de plus à quelles étranges et pénibles situations peuvent être conduits les contribuables par le néant de toutes formalités en matière d'état-civil. Comme les « registrar » sont obligés de recevoir les déclarations telles qu'elles leur sont fournies, sans pouvoir exiger aucun papier à l'appui, les faux sont fréquents et la bigamie fleurit en Angleterre plus que nulle part ailleurs.

» M. Radford, sollicitor à Newcastle, rencontrait, en 1891, à Gateshead, une jeune dame qui s'y donnait comme la veuve d'un sieur Wheatley, décédé depuis plusieurs années. Il l'épousait après quelques mois de cour et le registrar libellait l'acte de mariage conformément aux affirmations de la fiancée. Il en résultait pour M. Radford cette situation, assez fréquente en Angleterre, qu'il ignorait jusqu'au véritable nom de la femme à laquelle il venait de donner le sien. Ce fut seulement il y a six mois, par une circonstance de hasard, qu'il apprit la vérité. La nouvelle Mme Radford était, non pas la veuve, mais l'épouse légale d'un sieur Westgarth, lequel est encore parfaitement vivant et bien portant.

» Vivement intéressé à se renseigner plus exactement, il ouvrit une enquête qui fut confiée à l'un de ses collègues. On sut alors que cette dame, qui avait épousé M. Radford sous les noms de Mary-Ada Manning, avait conclu son premier mariage sous les noms de Sarah-May Gleenrich. Quand on lui fit part de cette découverte, elle déclara qu'aucun de ces noms n'était le sien, et elle en donna d'autres. Elle disparut ensuite pour échapper aux conséquences d'une action en divorce qui pouvait se dénouer contre elle par une accusation de faux.

» M. Radford a naturellement obtenu le jugement en annulation de mariage qu'il sollicitait : mais il ne sait pas, il ne saura probablement jamais quelle femme il avait épousée, quel être de mensonges et de mystère est la mère de ses trois enfants. »

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons avec la plus grande satisfaction que, dans sa séance du 18 mars, la **Société Belge de Chirurgie** a nommé membres associés étrangers MM. les docteurs Carlier et Phocas, professeurs agrégés à la Faculté de Lille. Nous adressons à nos collègues toutes nos félicitations, plus particulièrement à notre sympathique collaborateur, le docteur Carlier, pour cette flatteuse distinction.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. J.-G.-A. Froissart, de Roiglise (Somme), ancien externe des hôpitaux, a soutenu, le vendredi 28 avril 1899, sa thèse de doctorat (5e série, n° 120), intitulée : **Contribution à l'étude des gommes amygdaliennes.**

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Danson, de Bourg-Argental (Loire) ; Blanchard, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Compérat, conseiller général d'Estissac (Aube) ; Edmond Leroy, de Bondy (Seine) ; Evans, professeur de pathologie à Calcutta, mort de la peste contractée à une autopsie.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

16e SEMAINE, DU 16 AU 22 AVRIL 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	2
3 mois à un an	8	5
1 an à 2 ans	1	4
2 à 5 ans	3	5
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	3	3
20 à 40 ans	9	13
40 à 60 ans	9	9
60 à 80 ans	17	7
80 ans et au-dessus	4	1
Total	62	49

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	7	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	2	1	»	»	7	»	»	»	»	»	4	17	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	3	»	1	2	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	6	17	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	1	2	1	»	2	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	5	15	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	5	9	4
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	5	»	3	»	»	7	1	»	»	2	»	9	28	9
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	4	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	4	5
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	21
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1
Total	»	1	»	»	»	6	3	4	14	7	10	»	»	23	2	1	»	3	»	37	111	98

N° 121. Troisième Année, N° 19. Le Numéro : **10** centimes. 7 Mai 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

HOPITAUX LILLOIS DISPARUS

Par M. le Professeur **H. Folet.**

M. le professeur FOLET est un curieux des choses du passé ; chacun sait ça. Et parmi ces choses, tout ce qui touche à l'archéologie médicale lilloise a le don de l'intéresser. Président sortant de la SOCIÉTÉ DES SCIENCES DE LILLE, il doit aujourd'hui même, dimanche 7 mai 1899, prononcer, à la séance publique, le discours obligé; et il a choisi pour thème de ce discours un sujet qui, depuis plus de trois ans, occupe et charme ses loisirs : LES HÔPITAUX LILLOIS DISPARUS.

Disparus ! dira-t-on. Il y a donc eu à Lille d'autres hôpitaux que ceux qui y existent encore ? Mon Dieu, oui ; il y en a eu quelque chose comme vingt-six, dont le souvenir même est totalement aboli. C'est de ces établissements oubliés que M. FOLET entreprendra de nous retracer l'histoire.

Comme ce travail est assez développé et que la lecture en serait trop longue, de fortes coupures y seront faites pour la séance publique. Mais le texte intégral paraîtra prochainement en une élégante plaquette imprimée chez DANEL, et accompagnée de deux reproductions phototypiques de vieilles chartes curieuses du XIVe siècle. Quelques exemplaires, imprimés sur papier de Hollande, seront un vrai régal de bibliophile.

Nous avons eu en mains les épreuves de cette plaquette, et l'auteur nous a permis d'en détacher, comme primeurs offertes aux lecteurs de l'*Echo Médical du Nord*, divers fragments sur l'*Hôpital Saint-Jacques*, sur l'*Hôpital des Grimaretz*, sur les *Maladreries suburbaines*, et enfin sur « l'*Organisation du service médico-chirurgical dans les hôpitaux de jadis* ». Ce dernier chapitre sera probablement un des passages coupés à la lecture publique.

Mais, avant de publier ces fragments, voici la liste des 26 hôpitaux à chacun desquels M. FOLET a consacré une notice plus ou moins étendue.

Disons d'abord qu'il ne faut pas prendre ici ce mot d'hôpitaux dans son sens moderne de maisons vastes et peuplées ; c'étaient des hôpitaux de vingt, de treize, de six lits. Il ne faut pas non plus appliquer à ces établissements les classifications précises d'aujourd'hui. La distinction entre l'*hôpital* consacré aux maladies aiguës, l'*hospice* voué aux maladies chroniques ou servant d'asile aux vieillards et aux orphelins, le *refuge* abritant les passants pauvres, n'était pas nettement établie. Beaucoup de ces maisons, appelées indifféremment hôpitaux ou hospices, avaient des destina-

tions multiples ou mal définies ; et ces destinations se modifiaient parfois au cours des siècles.

Cependant, en ne tenant compte que des grandes lignes, on peut classer les petits hôpitaux lillois de jadis en huit catégories.

Nous les allons énumérer en donnant pour chaque hôpital la date de sa fondation et celle de sa suppression, et en indiquant auquel des cinq hôpitaux encore existants (Saint-Sauveur, Comtesse, Ganthois, Stappaert, Hospice Général) furent réunis les biens propres de chacun des établissements disparus ; car tous ces petits hôpitaux étaient des fondations privées et autonomes. Cette réunion eut lieu à des époques diverses, mais la plupart du temps après la Révolution, vers l'an V, époque où la centralisation administrative triompha.

I. — HOPITAL D'ACCOUCHEMENT

1° *Hôpital Saint-Jacques* (1431-1793), situé rue Saint-Jacques, vers les nos 16 ou 18 actuels ; réuni à Ganthois.

II. — HOPITAUX POUR MALADIES CHRONIQUES

2° *Hospice de la Conception, dit des Bleuettes* (1650-1792), situé rue Saint-Sauveur, à peu près là où se trouve aujourd'hui l'Eglise Saint-Sauveur provisoire.

3° *Hôpital de la Providence ou de Saint-Joseph, dit encore des Incurables*, dénommé en 1793 « *Hôpital des Sans-Culottes incurables* » (1656-1794), situé d'abord rue de Courtrai, puis rue Royale, n° 56 actuel ; réuni à Comtesse.

III. — HOSPICES DE VIEILLARDS

4° *Hôpital des Marthes* (1361-1750), situé rue d'Angleterre, appelée autrefois rue des Marthes, vers les nos 67 à 73 ; réuni à l'Hospice-Général.

5° *Hôpital Sainte-Catherine de Sienne, dit des Vieillettes* (1541-1795), situé rue des Trois-Mollettes, nos 2 et 2 bis ; réuni à Ganthois.

6° *Hôpital Saint-Charles Borromée ou des Vieux-Hommes* (1622-1797), situé rue des Canonniers, appelée autrefois rue des Vieux-Hommes, au Magasin actuel des Tabacs ; réuni à Comtesse.

7° *Hôpital Notre-Dame de la Charité* (1633-1795), situé rue de Béthune, appelée autrefois rue Notre-Dame, vers les nos 46 à 54 ; réuni à Ganthois.

8° *Hospice du Saint-Esprit* (1650-1795), situé rue du Pont-Neuf, à la Manufacture des Tabacs ; réuni à Ganthois.

9° *Hospice des Invalides* (1700-1731), situé rue d'Anjou, vers le magasin actuel des Lits Militaires ; réuni à l'Hôpital-Général.

10° *Hôpital Saint-Nicolas* (fin du XIIe siècle-1550), situé rue Saint-Nicolas, au coin de la rue de *La Cordwannerie* (rue de Paris).

11° *Hôpital Saint-Nicaise* (1158-1550), situé rue Saint-Nicaise.

12° *Hôpital de la Trinité* (1291-1550), situé contour de la Trinité. Ses biens, ainsi que ceux de Saint-Nicolas et de Saint-Nicaise, furent réunis en 1797 à l'Hôpital-Général.

IV. — HOSPICES-ORPHELINATS

13° *Maison des Orphelines de la Conception ou des Bonnes-Filles* (1477-1792), située rue Royale, vers les nos 26 ou 28 actuels. Ce tronçon de la rue Royale s'appelait encore à la Révolution rue des Bonnes Filles ; réunie à Stappaert.

14° *Les Bleuets et les Bapaumes* (1499 et 1605-1795), situés place aux Bleuets et rue des Jésuites (rue de l'Hôpital-Militaire), puis fusionnés et réunis à Comtesse.

15° *Maison des Orphelines de la Présentation Notre-Dame* (1646-1730), située au coin de la rue des Jésuites et de la rue Notre-Dame ; réunie à Stappaert.

16° *Hôpital Sainte-Elisabeth ou Béguinage* (1234-1843), situé rue du Béguinage, au dépotoir municipal actuel ; réuni à l'Hôpital-Général.

17° *Maison Sainte-Anne ou de la Noble Famille* (1683-1793), située rue de la Barre, 78 (Hospice Stappaert actuel) ; Réunie à l'Hôpital Général.

V. — HOSPICES-ASILES DE NUIT

18° *Hôpital Saint-Julien* (1321-1701), situé rue Basse, emplacement de l'Hôtel de l'Europe ; réuni aux *Invalides*, puis à l'Hôpital-Général.

19° *Hôpital des Grimaretz* (1343-1701), situé rue Basse, vers le coin de la rue du Cirque ; réuni aux *Invalides*, puis à l'Hôpital-Général.

VI. - ASILES D'ALIÉNÉS - HOSPICES-PÉNITENCIERS

20° *Refuge des Sœurs de la Madeleine ou Madelonnettes* (1481-1802), situé rue de la Barre, 41, au siège actuel de l'Administration hospitalière ; réuni à Ganthois.

21° *Asile des Bons-Fils* (1688-1802), situé rue de l'Abbiette (rue de Tournai), sur l'emplacement d'une partie de la place de la Gare actuelle ; réuni à Ganthois.

22° *Maison forte ou Raspuck* (1660-1796), située quai de la Basse-Deûle ; réunie à l'Hôpital-Général.

VII. — MALADRERIES SUBURBAINES

23° *Bonne Maison des Ladres Bourgeois* (1233-1698), située vers l'emplacement actuel de la gare Saint-Sauveur ; réunie à Saint-Sauveur.

24° *Maladrerie de la Madeleine-lez-Lille* (?-1698), située près le pont de la Marque ; réunie à Saint-Sauveur.

25° *Lieu de santé ou Maladrerie du Riez de Canteleu* (1465-1698), hôpital-lazaret servant exclusivement lors des épidémies de peste ; situé dans la boucle de la Haute-Deûle, dite le Grand-Tournant ; réuni à Saint-Sauveur.

VIII. — HOPITAL MILITAIRE

26° *Hôpital Saint-Louis* (1667-1752), situé au bout de la rue de Paris, englobé dans la caserne Vandamme ; transféré aux Bleuets, puis à l'Hôpital-Militaire actuel.

Voici maintenant des extraits du travail de M. FOLET :

HOPITAL SAINT-JACQUES.

Fondé en 1431, de compte à demi par la ville de Lille et la femme de Philippe-le-Bon, Isabelle de Portugal. L'hôpital était « à l'usage des pèlerins et pèlerines, et aussi à l'usage des pauvres femmes gisant d'enfants (1) ». La première de ces deux destinations disparut bientôt, d'autant plus vite que d'autres asiles s'ouvraient à Lille aux voyageurs et aux pèlerins (Saint-Julien, les Grimaretz) ; et fit place à la seconde destination, d'une perpétuelle urgence, celle-là.

A partir du milieu du XVI[e] siècle il n'est plus question dans les comptes de l'hôpital que de « deniers déboursés pour les femmes en gésine et leurs enfants ». Ces comptes nous renseignent sur bien d'autres points; car les comptes de jadis n'avaient pas la sécheresse arithmétique des nôtres, ils entrent souvent dans des développements et applications par où maint trait de mœurs se révèle Voici par exemple un passage textuellement extrait du compte de SAINT-JACQUES année 1733 (2) ; et j'en pourrais extraire de tout pareils, aux chiffres près, des comptes d'une foule d'années :

« Il a été payé la somme de six cent soixante sept » florins quatre patars (1), pour nourriture et gouverne en cet hôpital de cinquante deux pauvres » femmes en couches avec leurs enfants, la plupart » chacune 14 jours, aucunes deux et trois quinzaines, » d'autres quelques jours moins de quatorze ou » d'avantage, à l'avenant qu'elles étaient ou n'étaient » pas encore rétablies suffisamment ; à raison de 18 » patars par jour. Comme il paraît par dix quittances, » la première du cinq septembre 1732, la dernière » du vingt trois de juillet 1733, justifiées par cinquante deux billets ; sur lesquels mes dits sieurs » proviseurs ont marqué leurs ordres de recevoir les » dites cinquante deux femmes dans l'hôpital et la » prorogation pour les jours au-dessus de quatorze » à l'égard de celles qui ont eu besoin d'y rester pour » se rétablir. »

(1) Archives hospitalières. — Fonds X, série A, pièce 1.
(2) A. H. X. E. 8.

De ces comptes il appert que Saint-Jacques devait être un petit hôpital de quelques lits. Il s'y faisait en moyenne une soixantaine d'accouchements par année. Les mères y restaient habituellement quinze jours après leur délivrance ; celles qui se rétablissaient moins vite y séjournaient plus longtemps. Le prix de la journée d'hôpital était évaluée à 18 patars, soit 1 fr. 12. En tenant compte du pouvoir libératoire de l'argent au commencement du XVIII[e] siècle, cela équivaudrait à 4 fr. d'aujourd'hui. C'était cher.

. . . .

Saint-Jacques, enrichi de dons successifs, dura trois siècles et demi, jusqu'à la Révolution. Ses biens furent réunis à Ganthois. Les plans de Lille du XVI[e] siècle nous montrent l'hôpital situé sur le côté droit de la rue St-Jacques en venant de la place du Lion-d'Or, à peu près à égale distance de cette place et du bras de Deûle, aujourd'hui voûté, que recouvre le petit Lycée, c'est-à-dire vers les numéros actuels 16 ou 18.

HOPITAL NOTRE-DAME, dit DES GRIMARETZ

L'origine de ce petit hôpital est curieuse, voire romanesque et galante. Vers l'an de grâce 1343, Lotar Canars, seigneur des Grimaretz, s'éprit de sa cousine Marie de Pont-Rohart, laquelle était veuve. Des Grimaretz lui-même avait dépassé l'âge des passions juvéniles, il avait environ quarante-cinq printemps, était veuf aussi et avait des enfants. Néanmoins, en 1343, le seigneur des Grimaretz et Marie de Pont-Rohart brûlaient de se

(1) Le *Florin* valait 1 fr. 25 Il se divisait en 20 *patars*, dont la valeur, un peu supérieure à celle du *sol*, était de cinq *liards* ou *doubles* (*doupes*, en patois).

conjoindre. Mais, des obstacles canoniques de parenté empêchant le mariage, l'amoureux quadragénaire enleva l'inflammable veuve et tous deux allèrent en Avignon se jeter aux pieds du pape Clément VI, lui représentant leur mariage comme absolument nécessaire, le suppliant de considérer que, si on les « divorçait », il en résulterait beaucoup de troubles, de scandales, de querelles entre leurs familles et qu'ils n'oseraient plus, « sous péril de mort », retourner à Lille, leur domicile ordinaire. Ils offraient d'ailleurs, pour pénitence, de faire bâtir une chapelle et un hôpital pour y loger à toujours treize pauvres, si le Saint-Père consentait à lever l'excommunication qu'ils avaient encourue.

Par une bulle du 11 novembre 1343, — dont l'original-parchemin repose aux Archives hospitalières, — le bon pape, indulgent à l'humaine faiblesse, mande à l'Évêque de Tournai d'absoudre les suppliants, de leur faire contracter mariage et de regarder comme légitimes leurs enfants nés ou à naître ; stipulant bien au surplus que, si la pénitence n'est pas accomplie et si dans le délai de trois ans, la chapelle et l'hôpital ne sont pas fondés et dotés, cette absolution sera nulle et non avenue.

Les nouveaux époux, s'acquittant loyalement de leurs promesses, firent construire dans leur maison, rue Basse, tout près de la rue du Cirque actuelle, l'hôpital où, depuis le jour de l'Epiphanie 1345, treize pauvres furent journellement reçus. C'était le type de l'asile de nuit, car je lis dans les comptes : « Il sera » payé tous les ans six livres au gardien qui recevra » les pauvres le soir et les mettra dehors le matin ».

. . . .

Une ordonnance royale du 15 janvier 1701 supprima les Grimaretz, dont les biens, réunis d'abord aux Invalides, passèrent en 1738, avec ce dernier établissement, à l'Hôpital-Général.

MALADRERIES SUBURBAINES

Jusqu'à la fin du XVIIe siècle il exista chez nous plusieurs maladreries destinées à l'isolement et au traitement des maladies contagieuses. Elles siégeaient hors de Lille, mais à proximité ; à l'usage de la population lilloise et sous l'autorité du Magistrat.

La Bonne Maison des Ladres Bourgeois, fondée au XIIIe siècle, se trouvait hors la Porte de Paris, vers l'emplacement qu'occupe aujourd'hui la gare St-Sauveur. Une lettre des Échevins de Lille, citée au Livre Roisin, porte que nul lépreux ou lépreuse ne peut être reçu en cette maison s'il n'est bourgeois ou enfant de bourgeois. On y soignait la lèpre ; mais ce mot était jadis extrêmement compréhensif et englobait beaucoup de maladies de peau dont quelques-unes devaient guérir, spontanément ou thérapeutiquement. La syphilis a dû avoir une part importante dans les dermatoses traitées aux maladreries. Les malades y entraient sur ordonnances des Échevins et on leur attribuait à chacun une *pitance*, égale à 4 livres, plus un havot de bled par semaine.

Une fois entrés dans la maison, les « ladres » y étaient soumis à un règlement assez étroit, d'abord édicté par Gaultier, évêque de Tournai, en 1239, et confirmé textuellement par l'Échevinage en 1612. Le texte originel de ce document existe aux Archives hospitalières (1). Il débute ainsi : « Gaultier, Évesque de Tournai, aux amés enfants en Christ les lépreux de Lille, salut et patience ». La discipline rigoureuse qu'il prescrit a évidemment pour principe la crainte de la contagion : « Que nul ne voye (ne voyage), » en la ville de Lille et aultres, sans licence. — Que » nul ne passe oultre la place devant la porte, aux » maisons opposites ou voisines. »

Et cependant, par une contradiction bizarre avec le principe général, le règlement prononce l'expulsion pour certaines fautes graves : « Qui du péché de luxure sera convaincu, par un an et un jour soit débouté de la dite maison. » C'est sévère, mais c'est surtout illogique ; tout aussi bien que l'article suivant : « Si aucun, après qu'il » sera entré en la maison, il se mariait, il sera » tenu de laisser à toujours la dite maison. »

Quant au traitement que subissaient les lépreux, ils étaient soignés des maladies internes qui leur survenaient, ou bien des abcès (sans doute ganglionnaires) assez fréquents chez eux, par des médecins ou chirurgiens que l'on appelait suivant les besoins. Pour ce qui est de leurs dermatoses elles-mêmes, elles étaient vraisemblablement traitées par l'application empirique d'onguents traditionnels. Je trouve par exemple, aux comptes de 1672-79, une facture de produits pharmaceutiques de cette espèce embrassant plus de neuf années : « A François Gudin, apothicaire, pour divers onguents

(1) A. H. — VII. E. 1.

et médicaments qu'il a livrés pour engraisser les lépreux de cette maladrerie, conformément à son billet et quittance, commençant le 29 de janvier 1665 jusque et y compris le 2 de août 1674. — 80 livres, 13 sols » (1).

La Maladrerie de La Madeleine-lez-Lille, située près le pont jeté sur le petit bras de rivière nommé la Marque, paraît avoir été destinée aux lépreux qui, n'étant pas bourgeois de Lille, n'étaient pas admis dans la maison des Ladres hors la porte de Paris ; aux *Ladres forains*, comme on disait. Je n'ai pu trouver nulle part de renseignements sur son origine ou son fonctionnement particulier. Elle était d'ailleurs peu importante, composée de cinq ou six petites maisons et non d'un bâtiment unique.

Le lieu de santé du Riez de Canteleu fut fondé en 1465, sous Philippe-le-Bon, par certain officier ou trésorier du bon duc : « A quoy il le condamna, » au lieu d'estre pendu, pour avoir celé et retenu » six mille écus d'or ; à charge de faire batir un » hopital de Ladres (2) ». Cet établissement, d'abord destiné, comme celui du Pont de Marque, aux *ladres forains*, prit, vers 1480, une destination toute spéciale.

La peste ravagea Lille à mainte reprise, sous forme d'épidémies très intenses. Dans l'épidémie de 1667-70, qui fut la dernière, il mourut à Lille, en 16 mois, du 7 août 1667 au 27 décembre 1668, 4.412 malades ; 1.612 en ville, 2.800 au Riez de Canteleu ; presque un dixième de la population. C'est énorme.

Pour combattre ce terrible fléau, le Magistrat édicta à diverses reprises une série de mesures sanitaires qui ont été tout récemment remises au jour et étudiées par M. le docteur Caplet, dans une remarquable thèse couronnée par la Faculté de Lille et portant pour titre : *La Peste à Lille au XVIIe siècle*. C'est cet excellent travail que je prendrai pour guide dans tout ce qui va suivre.

Les mesures d'hygiène imposées pouvaient se ramener à trois : la déclaration, l'isolement, la désinfection. Notons que ce sont encore là les pratiques modernes. La déclaration des cas de maladie s'exécutait beaucoup plus sévèrement qu'aujourd'hui, car il y avait une prime à la dénonciation et des limiers de police faisaient la chasse aux contraventions. La désinfection, par contre, était assez illusoire : les fumigations, faites au moyen de la combustion de poudres complexes dont l'élément actif était le soufre, devaient avoir une efficacité médiocre. Quant à l'isolement, il se pratiquait de deux façons. Les gens aisés étaient autorisés à s'isoler chez eux, dans leurs maisons qui étaient marquées de *barres* de couleur variable selon les cas : Toute une rue pouvait être ainsi *barrée*, et mon grand-père m'affirmait que dans sa famille on attribuait traditionnellement cette origine au nom de la *rue de la Barre* actuelle. Je sais du reste que tous les érudits n'acceptent pas cette explication. Les pauvres étaient transportés au *Lieu de santé du Riez de Canteleu*, à la fois lazaret et hôpital.

On appelait autrefois *Riez de Canteleu* l'étendue de de terrain comprise entre la route d'Armentières et la boucle que fait la Haute-Deûle, à l'endroit nommé le Grand-Tournant, à peu près là où est aujourd'hui cette taverne d'aspect moyenâgeux qui porte pour enseigne : *à l'Ours*. Le Riez de Canteleu était une vaste prairie de cinquante hectares environ, appartenant au Magistrat. Le lazaret fut d'abord constitué par des baraques de bois qu'on appelait des *hobettes*. Au fur et à mesure que les hobettes devenaient plus nombreuses, la prairie communale se trouvait réduite d'autant et, pendant certaines épidémies, le Riez de Canteleu fut tout entier rempli par les hobettes.

Les hobettes de bois protégeaient mal leurs habitants contre le froid ou contre la chaleur. En 1627 on les remplaça par des constructions en maçonnerie. On en bâtit plus de deux cents ; plus une infirmerie.

Dans l'intervalle des épidémies le personnel du Riez était réduit à un concierge, dont la femme devenait ordinairement « vivandière des pestiférez » quand l'épidémie éclatait.

Les suspects qui n'avaient pas le moyen de s'isoler chez eux étaient placés au Riez, chaque famille occupant ordinairement une hobette. Ils étaient là en observation. Si ces surveillés devenaient malades à leur tour, on les faisait sortir de leur hobette pour les conduire à l'infirmerie du Riez.

Les infectés étaient tenus de passer la nuit dans l'intérieur du Lieu de Santé. Le jour il leur était permis de se promener dans la campagne, mais il leur

(1) A. H. VII., E. 23.

(2) Bibl. de Lille, manuscrit 675, p. 112.

était sévèrement interdit d'entrer en ville. Dans certains cas, il leur fut même interdit en tout temps de franchir les limites du Riez. Les fonctions de *sergent des pestiférés* et de *garde du circuit* ne devaient pas être des sinécures ; d'ailleurs ils ne se contentaient pas toujours de bâtons pour empêcher de rompre les cordons sanitaires, mais tiraient bel et bien des coups de fusil aux récalcitrants.

En juillet 1670, Louis XIV donna l'ordre de démolir le Lieu de Santé, qui se trouvait trop proche de la Citadelle qu'il faisait bâtir.

Le Riez de Canteleu n'existant plus et les deux autres maladreries ayant beaucoup de peine à vivre, une ordonnance royale de 1698 les supprima et réunit leurs biens et revenus à l'Hôpital Saint-Sauveur, ainsi que les revenus et biens d'un petit hôpital fondé en 1475 à Anstaing, village à trois lieues de Lille. D'assez notables vestiges de la chapelle et du réfectoire de cet hôpital existaient encore il y a quelques années. Tout a disparu aujourd'hui.

LE SERVICE MÉDICO-CHIRURGICAL DANS LES HOPITAUX DE JADIS

Dans les comptes administratifs des hôpitaux se rencontrent, à partir de la fin du XVe siècle seulement, bon nombre de renseignements sur les médecins, chirurgiens et apothicaires. J'aurais pu les disséminer dans les noticesdes hôpitaux auxquelsilsse rapportent ; j'ai préféré les grouper en un chapitre d'ensemble.

Le nom d'hôpitaux ne s'appliquait pas plus, nous l'avons vu, aux maisons où l'on soignait les malades qu'aux orphelinats, aux asiles temporaires ou définitifs de vieillards et de passants. On conçoit que pour ces pensionnaires valides des soins médicaux réguliers ne fussent pas indispensables. On se passait donc volontiers de médecin et, pour les indispositions, on allait, — déjà ! — chercher directement des remèdes aux pharmacies. Quand la maladie s'aggravait, on allait quérir un médecin du voisinage dont on payait la note en fin d'année, tout comme un simple particulier. Les choses se passaient de cette façon non seulement dans les orphelinats, mais dans les asiles de vieillards, voire dans les hospices où l on soignait les maladies chroniques.

. . . .

Même situation à Saint-Jacques, hôpital de femmes en couches : « 1712. Au sieur Carpentier, médecin, » pour 10 visites par lui rendues dans le dit hôpital » il a été payé 50 patars », c'est 5 patars par visite, ou 32 centimes ; cela ferait environ 1 fr. 25 d'aujourd'hui. En 1732 « au sieur de Saint-Léger, médecin, a » été payé 6 florins 15 patars pour 27 visites rendues » à quelques-unes des femmes accouchées et malades, » d'*avril* 1730 *à septembre* 1731 » (1). Ainsi en dix-huit mois il ne se fait dans l'hôpital que 27 visites médicales, toujours au taux minuscule de 5 patars. Cette même année 1732 il fut payé « à Spillart, apothi- » caire, 12 florins 15 patars, pour médicaments délivrés » du *2 juillet 1729* au *3 octobre 1731* » (2), c'est-à-dire en 27 mois. C'est un peu plus de 50 centimes de médicaments par mois. Le chirurgien avait accès à Saint-Jacques, surtout pour les abcès du sein chez les nourrices, et il se faisait un peu mieux honorer que le médecin. En 1731 « payé 4 florins à Du Bois, chi- » rurgien, pour avoir pansé et guéri un abcès au sein » d'une pauvre femme » (3). Mêmes mentions en 1732 et 1734.

Mais ce qu'il y a de surprenant c'est que l'on ne trouve pas trace à Saint-Jacques d'intervention obstétricale, ni mention d'accouchements laborieux. Quelques femmes, — un cinquième environ, — lentes à se rétablir, séjournent à l'hôpital un peu au-delà de la quinzaine réglementaire. Et c'est tout. Il est possible que les dystocies fussent alors moins fréquentes que de nos jours. Sans ajouter une foi absolue à l'étonnante affirmation de Trousseau (4) que le rachitisme n'a apparu en Angleterre, puis en Europe, que vers 1630, on peut admettre que, — les agglomérations industrielles n'ayant point encore déprimé la population et amené les déplorables conditions d'hygiène qui favorisent l'éclosion du rachitisme, et d'autre part les enfants qui en pouvaient être atteints succombant tous en bas âge, — les rétrécissements pelviens rachitiques, cause fréquente de parturition difficile, devaient être rares. Néanmoins les vieux accoucheurs, Guillemeau, Mauriceau, parlent, assez confusément, il est vrai, mais enfin parlent de déformations du bassin, chez les boiteuses (déformations coxalgiques) et même chez d'autres. Puis les présentations de la face ou du tronc, les insertions vicieuses du placenta, et mainte autre cause devaient, jadis comme aujourd'hui, amener des cas de dystocie. Comment se fait-il qu'on n'en souffle

(1) A. H., X., E. 8.
(2) A. H. X., E. 8.
(3) A. H. X., E. 8.
(4) Clinique de l'Hôtel-Dieu, III, 457.

mot ? Qu'il n'y ait pas un chirurgien, une sage-femme, une matrone, désignés pour parer à ces difficultés sans cesse imminentes ?

Et, avec cela, la mortalité des femmes en couches est extraordinairement faible à Saint-Jacques. A défaut de statistique intentionnelle, les frais de cercueil et d'enterrement nous révèleraient les décès, comme on le voit pour les enfants qui succombaient en grand nombre. Les séries de 4, 5, 8 décès infantiles en un an ne sont pas très exceptionnelles ; sans doute par les hivers rigoureux. Mais dans les nombreuses années dont j'ai feuilleté les comptes, je n'ai rencontré qu'une seule mort de femme récemment accouchée. Je veux croire que le germe des infections puerpérales ne pullulât point à Lille au XVII[e] siècle, pas plus que celui de la diphtérie qui y était quasiment inconnu il y a cinquante ans ; et que, vu les difficultés de communication, les chances d'importation microbienne, si menaçantes aujourd'hui, fussent alors fort minces. Mais qu'il n'y ait eu, en trente ou quarante ans, parmi quinze ou dix-huit cents accouchées, qu'un seul accident mortel d'hémorrhagie ou de phlegmasie utérine, c'est invraisemblable. Peut-être les femmes atteintes de suites de couches graves étaient-elles évacuées sur un autre hôpital. Lequel ? Il y a dans tout cela, je l'avoue humblement, quelque chose qui m'échappe.

Le système du médecin non attitré, du médecin à la visite, persista dans certains établissements jusqu'à la Révolution. Pourtant, vers le XVIII[e] siècle, les hospices et orphelinats ont pour la plupart des médecins ou chirurgiens à « gages » annuels. On commence à rencontrer le mot « honoraires ». Aux Incurables, en 1727, « il est payé au sieur Saint-Léger, docteur » en médecine, pour ses *honoraires* d'un an, 18 flo- » rins ». Le chirurgien continue à avoir des « gages », mais il touche un peu plus que le médecin et il a en plus du casuel.

Dès 1699, les Vieillettes ont un médecin à 12, puis, en 1709, à 15 florins d'appointements (1). En 1701, les Vieux hommes paient leur médecin 20 florins et leur chirurgien 40 (2). Pourquoi cette différence déjà mentionnée entre le chirurgien et le médecin ? C'est que maître Pierre Dassonneville, chirurgien, devait, toute une année durant, « panser, médicamenter, *barbier* et *razier* les dits vieillards ». Il était astreint, comme barbier, à une présence quotidienne ou à peu près ; tandis que le médecin ne venait que quand on l'envoyait quérir ou qu'il avait quelque maladie en cours de traitement. D'où le taux plus élevé des émoluments du chirurgien, quoique la chirurgie fût encore considérée comme un art manuel inférieur et subordonné à la médecine. Le chirurgien fournissait en outre des onguents, emplâtres et drogues externes ; plus enfin les bandages herniaires. Un bandage de première qualité valait en 1760 quatre florins seize patars.

(1) A. H., X, E. 16, 17, 18.
(2) A. H., II, E. 57.

Deux hôpitaux fonctionnaient de temps immémorial à Lille pour le traitement des maladies aiguës : Saint-Sauveur et surtout Comtesse. Ils débutèrent aussi par le système du médecin à la visite. En 1494, parmi les « dépenses extraordinaires » de Comtesse, je lis : « A » mestre Jehan Dassonneville, cyrurgien, pour avoir » guari ung povre filz qui avoit une gambe rompue, » au dit hospital, payé XX sols. »

Mais, dès le milieu du XVI[e] siècle, Comtesse a son médecin et son chirurgien attitrés : « 1577 : à Claude » Ducourouble, docteur en médecine, à cause de sa » position de médecin dudit hospital, aux gaiges de » douze livres par an ; — à mestre Guillaume de » Graveline, chirurgien et barbier dudit hospital, » pour ses gaiges et sallaire d'un an, à savoir neuf » mois et demi aux gaiges de 100 livres par an : » 79 livres, 3 sols, 4 deniers ; et les deux autres mois » et demi, pour ce que la malladie contagieuse estoit » lors au dit hospital, à l'advenant de 50 livres par » an : 10 livres, 8 sols, 4 deniers » (1). Même différence déjà signalée entre les appointements du médecin et ceux du chirurgien ; il est toutefois assez étrange que les gages de ce dernier soient diminués de moitié pendant la peste. Peut-être parce que l'hôpital était à peu près vide de malades ordinaires, les pestiférés étant soignés par un personnel spécial que nous connaîtrons tout à l'heure.

Cent ans après, on sent que l'établissement a grandi et prospéré, qu'il est devenu un véritable hôpital où le traitement des malades est fonction primordiale. Les honoraires du médecin s'élèvent et dépassent ceux du chirurgien. « 1643 : à mestre Jehan Preudhomme, » escuyer (2), docteur en médecine dudit hospital, » à cause de sa pension de docteur, pour une année » escheue le 14 juin, payé par quittance trois cents » livres ; — à mestre Nicolas Lefebvre, chirurgien,

(1) A. H. — Comtesse, n° 4536.
(2) Ce médecin était de petite noblesse ; cela n'était pas rare au XVII[e] siècle. Voir Maurice Raynaud, *les Médecins au temps de Molière*.

» pour ses gages et sallaires pour année, payé par » quittance deux cent quarante livres » (1). Le rôle du médecin était dès lors assez important pour que le droit de le nommer devint un objet de litige. Il existe aux archives hospitalières une requête adressée en 1638 au roy Philippe IV (Lille était encore espagnole à cette date), par Yolande Bourgeois, prieure de Comtesse, pour lui représenter que, « les prieures de cet » hôpital ayant toujours été en possession du droit » de nommer les médecins et apothicaires de la » maison, elle a fait choix du docteur Preudhomme » en remplacement du sieur Lespilet, décédé ; mais » que le doyen de Saint-Pierre et l'abbé de Loos, » proviseurs du dit hospital, lui ont fait signifier qu'ils » avaient choisi le docteur Sailly. En conséquence » elle supplie Sa Majesté de la maintenir dans la » possession de ses droits » (2). Philippe IV, probablement fort embarrassé, « ordonna au premier huis- » sier ou sergent d'armes qui en serait requis d'assi- » gner les parties à comparoir par devant le grand » Conseil Souverain, à Malines » (3). Nous n'avons pas les pièces du procès qui seraient sans doute amusantes ; mais la prieure paraît avoir eu gain de cause, car, ainsi qu'on l'a vu, en 1643 (et les années suivantes) c'est mestre Jehan Preudhomme, escuyer, qui est toujours en fonctions.

Franchissons un demi-siècle. L'importance de l'hôpital semble avoir diminué. En 1706, Bonaventure Hachin, qui en est le médecin, ne touche plus par an que 150 florins, et Nicolas Lettard, chirurgien, pas davantage (4); et il en fut ainsi jusqu'à la Révolution, sauf en l'année 1745, où l'encombrement de l'hôpital par les blessés de Fontenoy obligea d'augmenter le personnel, surtout chirurgical. Il est payé par exemple « à Maîtres Théry, Guffroy, Vandergracht et Pion- » nier, chirurgiens jurés de la ville de Lille, mil trois » cent nonante huit florins, huit patars de gratifi- » cation à eux accordée pour avoir pansé Messieurs » les officiers blessés à la bataille de Fontenoy » (5).

A Saint Sauveur ce n'est pas avant le plein milieu du XVII[e] siècle que nous rencontrons un service médico-chirurgical régulier. Et c'est un legs privé qui assure les fonds nécessaires pour le créer. En 1668, Catherine Berthe, veuve de Denis Herrencq, docteur

(1) A. H. Comtesse, n° 4606.
(2) Id. n° 2007.
(3) Id. n° 2008.
(4) Id. n° 4715.
(5) Id. n° 4751.

en médecine, fait donation à Saint-Sauveur d'une somme de 3.000 florins en rente sur le provincial des Jésuites, « à charge d'y avoir un médecin et un chi- » rurgien gagés pour le service de l'assistance des » pauvres malades et blessés qui se trouvent en ce dit » lieu, à qui on fournira les médecines et médica- » ments nécessaires au recouvrement de leur santé; » sous condition de deux messes par semaine, etc (1).» Dix ans plus tard, intervint un accord entre la prieure de l'hôpital et un médecin-adjoint qui partagea avec « le sieur Doulcet, médecin-titulaire, les 50 livres » parisis assignées à cet emploi » (2). A St-Sauveur, comme à Comtesse, c'était la prieure qui nommait aux emplois médicaux.

Saint-Sauveur prospéra tandis que Comtesse s'amoindrissait. Durant tout le XVIII[e] siècle nous trouvons à Saint-Sauveur un médecin et un chirurgien touchant des émoluments égaux : 150 florins (3). Là aussi se rencontrent les frais extraordinaires relatifs à Fontenoy. En 1746 il est payé « aux sieurs » Boucher, Prévost, Louvart, Ducrocq, Hennion et » Masquelier, médecins, la somme de 324 florins » 6 patars pour devoirs extraordinaires, visites et » consultations faites audit hôpital. — A Pollet, chi- » rurgien, pour sa gratification qui lui a été accordée » à cause de la bataille de Fontenoy, 250 florins » (4). D'après cette répartition d'honoraires entre médecins et chirurgiens il semble y avoir eu à Saint-Sauveur beaucoup plus de malades que de blessés.

L'Hopital général fut fondé en 1738. Dès 1741 il y avait un médecin et un chirurgien attitrés, aux honoraires de 80 florins chacun. Le service y était important et pénible. L'Hôpital abritait plus d'un millier d'invalides, hommes, femmes, enfants. En cas d'indisposition ils étaient soignés dans leurs salles ou dans de petites infirmeries y annexées ; plus gravement malades, on les transportait dans un quartier qui était un hôpital véritable et que l'on appelait « l'Hôtel-Dieu » (4). Il s'y faisait des visites quotidiennes, identiques à celles qui se font aujourd'hui tous les matins dans nos hôpitaux modernes ; car dans les comptes de 1748 et suivants figure une gratification de 72 florins en faveur « des garçons apothi- » caires, à cause de leur service, à la suite du médecin

(1) (2) A. H. VI, B. 37.
(3) A. H. VI, E. 100, 101, 102, etc.
(4) A. H. VI, E. 117.
(4) A. H. XVI. E. 1, 2, 3 et suivants.

» dans ses visites, à recevoir et à escrire les ordon- » nances qu'il prescrit ». En 1780, le sieur Fauvel, médecin, et le chirurgien Tilman reçoivent chacun 300 florins d'honoraires.

. . . .

Aux années 1778 et suivantes, je lis dans les comptes la mention suivante : « A François Gruson, » l'un des sous-maîtres des garçons dudit hôpital, » payé la somme de 52 florins 9 patars en rem- » boursement des ingrédients par lui payés pour la » composition des remèdes curatifs de la galle et de » la teine et la rétribution annuelle à lui accordée » pour le pansement des dites maladies au quartier » des garçons ». Ce François Gruson prétendait sans doute avoir un secret pour guérir la teigne et la gale qui devaient se propager sans obstacle parmi les petits pensionnaires de l'hospice. Il semble d'ailleurs qu'à l'Hôpital-général on ait eu un faible pour les médications empiriques et qu'on les y essayât volontiers.

. . . .

Il me reste à parler du service médical de l'hôpital-lazaret temporaire du *Riez de Canteleu*, service qui se confond d'ailleurs avec l'organisation générale des soins médicaux aux pestiférés.

Étaient réputés infectés non seulement ceux « entachés de mal », mais encore ceux qui habitaient la maison d'un pestiféré, ceux ayant vécu avec les pestiférés ou leur ayant simplement parlé, les médecins par exemple. Toutes ces personnes, séparées du reste du monde, étaient tenues d'observer des règles établies à diverses époques et coordonnées en l'édit du Magistrat de 1665.

Les pestiférés d'abord « se tiendront en leurs maisons sans pouvoir en sortir sous quelque prétexte que ce soit, mesme d'entendre la Messe, » pendant la durée de leur *infection* (six semaines). Les simples suspects n'étaient pas obligés de se tenir renfermés chez eux. Mais il leur était ordonné de porter à la main une verge blanche longue de trois ou quatre pieds, « la tenant droite, en sorte que l'on puisse voir le bout par-dessus leur chef ».

On s'imagine aisément les entraves apportées à l'exercice de la médecine par l'*infection* qui frappait les médecins et les chirurgiens dès qu'ils avaient soigné un seul pestiféré. Aussi y remédiait-on en nommant un personnel médical qui « entrait en infection » et touchait un traitement fixe. C'étaient surtout les chirurgiens qui avaient affaire aux pestiférés, pour ces raisons que la saignée était le grand remède employé et que l'ouverture et pansement des bubons constituaient une bonne partie de la cure. Si le chirurgien venait à mourir pendant son « infection », la ville servait à sa veuve une rente viagère.

. . . .

Les fonctions de chirurgien pestiféré n'étaient pas trop mal rémunérées pour l'époque, mais elles ne laissaient pas d'être périlleuses. Plus d'une fois sur les états de paiement de la ville on voit le nom du chirurgien changer d'un trimestre à l'autre, sans aucune mention ; et ce silence est funèbre. La clause d'une pension à la famille en cas de décès ne resta pas toujours lettre morte. Maître Abraham Van Stienworde, chirurgien, entre en infection le 5 septembre 1635 ; il meurt le 29 du même mois. Le 1er octobre le Magistrat traitait avec Me François Desmaretz ; douze jours après Desmaretz était mort. Mais le Magistrat, instruit par la triste expérience, avait déjà entamé des pourparlers avec Me Jean Durieu, chirurgien à Béthune, lequel entra en infection le 29 octobre et qui, plus heureux que ses devanciers, échappa à la contagion. Jamais le dévouement du personnel médical ne fit défaut au Magistrat. « On ne peut en vérité, dit avec émotion M. Caplet, et c'est par cette réflexion très juste que nous terminerons cette étude, on ne peut se défendre d'un sentiment d'admiration pour tous ces médecins tombés victimes de l'épidémie, médiocres savants sans doute, mais braves gens, qui entraient en infection comme des soldats vont au feu et savaient mourir pour l'accomplissement du devoir professionnel ».

Les fragments ci dessus ayant peut-être inspiré à quelques-uns de nos lecteurs le désir d'assister cet après-midi à la séance de la *Société des Sciences*, nous croyons être agréable à nos abonnés de Lille et des environs en encartant dans le numéro qui leur est destiné une lettre d'invitation à cette séance.

L. R.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Chauveau a pu obtenir l'inscription électrique des mouvements valvulaires qui déterminent l'ouverture et l'occlusion des orifices du cœur.

Académie de Médecine. — M. Motais pense qu'il serait très utile d'examiner les yeux des jeunes gens des lycées et collèges pour surprendre la myopie à son début, à l'époque où elle peut encore être corrigée.

— M. Chipault préconise le traitement de la scoliose par la réduction suivie d'immobilisation en bonne position.

Société de Chirurgie. — M. Poirier résume toutes les opinions qui ont été émises devant la Société, relatives au traitement de l'appendicite. La grande majorité penche en faveur de l'intervention chirurgicale hâtive.

— M. Bazy préfère, dans le traitement de la tuberculose testiculaire, le curage à la castration, soutenue par M. Berger.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Delpeuch étudie les relations entre le rétrécissement mitral et l'infantilisme.

Société de Thérapeutique. — M. du Castel a obtenu d'excellents résultats de l'emploi de l'acide lactique à l'intérieur, dans le traitement du prurigo, tandis que M. Leredde préconise le salicylate de méthyle en topiques.

Analyses de Mémoires français et étrangers

Leredde. — **Rôle du système nerveux dans les dermatoses** (*Archives générales de médecine*, 1899, pages 283-300).

En dermopathologie, on attribue au système nerveux une influence excessive. Toutes les maladies dont les causes réelles sont inconnues sont déclarées d'origine nerveuse. Aucun n'a mis plus en évidence les obscurités de ces théories que Besnier, en 1896. L'intervention du système nerveux dans la détermination des lésions cutanées est fondée sur les faits suivants : 1° la section, l'irritation de certains filets nerveux peuvent engendrer des accidents dus à des actes de dilatation et de contraction vasculaires, et dont les plus élémentaires sont l'hypérémie et l'œdème. On considère tout érythème comme dû à une action vasculaire d'origine nerveuse et on explique de la même manière l'érythème polymorphe de Hebra, l'urticaire, etc. Un spasme vasculaire persistant pourrait également expliquer la gangrène qu'on observe à la suite de lésions encéphaliques, spinales et des nerfs périphériques ; notons cependant que, pour Leloir, la gangrène d'origine nerveuse est due, non à un trouble vaso-moteur, mais à un trouble trophique.

2° D'autre part, il existe des troubles rattachés à une origine glandulaire qui ont été expliqués par une altération nerveuse, depuis que Bernard a montré l'existence de filets glandulaires distincts des nerfs vaso-moteurs : des auteurs ont admis que les modifications des sécrétions sudorale et sébacée sont uniquement d'origine nerveuse, et les découvertes qui tendent à modifier cette manière de voir, telles que celle du parasite de la séborrhée grasse, rencontrent de nombreux adversaires.

3° Chez l'animal, on peut observer, à la suite de lésions nerveuses, des accidents cutanés d'ordre trophique. L'existence des nerfs trophiques de la peau n'a pas pu être démontrée directement, et n'est établie ni par l'expérimentation, ni par l'anatomie. Cependant, Leloir a contribué à étendre le domaine des trophonévroses cutanées ; bien plus, en 1888, il créa le cadre beaucoup plus vaste des dermatoneuroses, comprenant les affections où l'origine trophique ne peut être démontrée que par des arguments cliniques.

Ces généralisations ont entraîné une adhésion presque universelle. De nouvelles théories n'ont pas encore pu s'y substituer : les difficultés inhérentes à l'anatomie pathologique et à la bactériologie cutanées n'ont pas permis de voir les causes réelles de certaines affections de la peau.

Il n'existe aucune maladie qui ait une cause unique ; la pneumonie ne se développe qu'à la faveur de causes qui permettent la pénétration du pneumocoque. Non moins complexes sont les causes qui permettent le développement des affections cutanées. La teigne de Gruby ne se voit pas après quinze ans ; la furonculose ne survient que chez les dyspeptiques ou à la suite d'autres causes générales ; les engelures ne se développent pas chez tous les individus exposés au froid. On appelle cause d'une maladie celle des causes qui est constante. S'il existe dans l'eczéma un parasite déterminant les lésions, il doit être classé comme maladie parasitaire. Si l'eczéma se produit sur des territoires nerveux limités de la peau, il ne devient pas une maladie de cause nerveuse. Parmi les partisans de la doctrine des dermatoneuroses, la plupart entendent que les lésions sont dues directement aux altérations nerveuses. Or, M. Leredde déclare que le nombre des maladies cutanées, où la lésion nerveuse engendre directement le syndrome anatomique, est très peu élevé.

Ingelrans.

VARIÉTÉS

Les voix de l'esprit

M. L. Digues est un fervent adepte du spiritisme. Chaque soir, pendant dix ans, il s'est plu, en collaboration avec un de ses amis, à faire tourner des tables, à converser, par leur intermédiaire, avec les âmes des grands hommes défunts, à recueillir leurs confidences sur tous les grands problèmes qui intéressent l'humanité. Dans le commerce journalier de ces esprits illustres, il a senti s'affermir sa foi dans nos destinées immortelles et, pour fortifier les croyances spiritualistes de ses contemporains, il vient de consigner, dans une élégante plaquette publiée chez Jouaust, les résultats de ses expériences typtologiques, persuadé avec Platon que « la raison elle-même doit nous rendre pleins d'espérance dans la mort ».

C'est dans la solitude des nuits, « à l'heure où la faucille, oubliée dans le champ de l'éternel été, jette vers le zénith sa douce lumière », que les deux collaborateurs avaient coutume de se livrer à leurs incantations. Ils ne se permettaient point, comme on le fait d'ordinaire, d'évoquer nommément, d'interviewer par force tels ou tels esprits déterminés. Ils n'étaient pas de ces spirites indiscrets qui s'obstinent à vouloir troubler dans leur tombe Napoléon et Dante, Voltaire et Victor Hugo. Ils se bornaient à faire un peu de musique, à se recueillir et à attendre qu'un esprit voulût bien se révéler à eux. Le résultat, du reste, était tout à fait identique. Ils ont entendu Victor Hugo et Voltaire, Dante et Napoléon, car il est remarquable que ce sont toujours les mêmes morts qui reviennent converser avec les vivants, et, quand on voit ce qu'ils avaient à dire, on ne laisse pas de s'étonner qu'ils y mettent tant d'insistance.

Pourtant M. Digues et son collaborateur ont reçu des confidence d'une âme qui n'est pas extrêmement répandue dans la société spirite, celle de Zénon. Le philosophe grec les avait pris en affection particulière. Il fut le premier qui consentit à agiter les pieds de leur guéridon ; il conversa maintes fois avec eux, leur promettant, à chaque séance, de leur exposer, dans la prochaine, la fin de sa philosophie, ajournant toujours cette communication capitale par crainte de surmener ses auditeurs, les engageant à faire un peu de musique pour se reposer de leurs fatigues, et leur amenant, pour les distraire, une foule d'âmes illustres, entre autres celle de Musset « trop timide pour se présenter toute seule ». Zénon, dans ses entretiens intimes, se montre affectueux, paternel ; il est tout à fait sympathique. S'il n'est pas très pressé de développer ses théories, il faut convenir que c'est, pour un savant, un mérite assez rare ; s'il fait quelques fautes de français, cela est bien excusable de la part d'un Grec, et, s'il prend pour un philosophe son compatriote Démosthène, — ce qui provoque chez ses interlocuteurs un mouvement de surprise, — il se tire très habilement d'affaire en leur disant : « Était-ce un sage ? — Oui. — Alors, c'était un philosophe ».

On n'a pas idée de toutes les attentions délicates que les esprits prodiguent à leurs correspondants. Enchantés de leurs excellents rapports avec Zénon, M. Digues et son collaborateur auraient voulu avoir le portrait de leur ami. Ils interviewièrent donc l'âme d'un spirite célèbre, Deleuze, pour savoir comment ils devaient s'y prendre pour faire de la photographie astrale et s'ils devaient employer des plaques sèches ou humides. Deleuze répondit avec une grande complaisance que le choix de la plaque était chose secondaire et qu'il fallait surtout beaucoup de persévérance et beaucoup d'obscurité. La persévérance des deux spirites fut au-dessus de tout éloge ; mais l'obscurité ne fut jamais assez complète. Les plaques ne s'impressionnaient pas. « Trop de lumière ! » disait Deleuze. « Reposez-vous, disait Zénon ; prenez l'air ». « Patientez, disait un troisième ; le monde ne s'est pas fait en un jour ». Et, pour les faire patienter, Rossini vint leur parler musique ; Lamartime, poésie, et Talma, politique. « Le sublime, disait Rossini avec beaucoup de bon sens, ne sera jamais le partage des sots, et c'est une sottise de vouloir subordonner la mélodie à l'harmonie, ou, pour dire vrai, à défaut d'idée faire du bruit ». Talma exposa des vues très profondes sur le gouvernement de Napoléon Ier ; on eût dit Coquelin parlant de Gambetta ; mais les deux spirites ayant eu l'idée de lui demander ses prénoms, l'ombre de Talma se montra très choquée et refusa de répondre. Les deux spirites comprirent la leçon ; ils résolurent d'être désormais très réservés dans leurs questions. Quant à Lamartime, il fut charmant et, voyant que l'échec de leurs tentatives photographiques les avait attristés, il leur dédia, pour les consoler, le poème suivant :

> Si l'insuccès vous décourage,
> Ne vous en prenez qu'à vous seuls ;
> Si doux n'est pas votre breuvage,
> Reposez-vous sous les tilleuls.
>
> L'arbre est le frère de la plante,
> L'homme est celui du faible oiseau ;
> Dieu mit l'amant avec l'amante
> Dans un seul et même berceau.

Cependant, l'insuccès persistant de la photographie astrale avait jeté le doute dans l'âme de M. Digues et de son compagnon. C'est alors que Voltaire vint les rasséréner : « Le doute, s'écria-t-il, je vous attendais là ! Vous doutiez par cela même que votre foi grandissait. Tous les penseurs ont douté et, moi qui vous parle, j'ai douté toute ma vie. Le doute est la clef de la certitude : celui qui ne doute pas ne croit à rien d'une manière sûre et définitive. Et, pour raffermir leur âme, il leur expliqua la mission sociale de tous les grands penseurs : « Rabelais, Jean-Jacques Rousseau, Danton, Saint-Just, Robespierre et Raspail.

Quand il fut bien avéré que la photographie astrale ne réussissait pas, les esprits se pressèrent en foule pour venir consoler de leur déconvenue les persévérants typtologues. Ceux-ci entendirent, par les pieds du guéridon, *Jane* Darc, qui écrivait son prénom à l'anglaise et faisait des prosopopées : « Valeureux chevaliers du moyen-âge qui brillâtes sous Charles septième... » ; Ozanam, qui mêlait dans une phrase les langues latine et italienne « *Egli est* » ; saint Jérome, qui les salua avec un solécisme : « *Ave, spiriti* » ; Xénophon, qui leur commanda de faire fondre un morceau de sucre afin de leur expliquer un phénomène cosmique ; Fléchier, qui fit un calembour : « Votre nom, cher esprit. — Esprit Fléchier » ; Musset, qui leur dicta beaucoup de vers et encore plus de

fautes de prosodie ; enfin, GEORGE SAND, qui tint à leur faire, dans la langue des dieux, l'aveu de ses péchés :

Sachez que pour être fidèle
Je n'ai su conserver mon zèle.
Parjure aux plus étroits serments,
Je suis condamnée aux tourments
Dont l'Enfer est dépositaire
Contre les mauvais de la terre.

« Personne, dit M. DIGUES dans sa préface, ne doit prendre la vie en dilettante : il faut travailler ; il faut que chacun ajoute une pierre à l'édifice de la philosophie spiritualiste, qui est le patrimoine commun à toute l'humanité ». Les *Voix de l'Esprit* sont plus qu'une pierre. C'est un pavé.

(Les Débats). MAURICE DEMAISON.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

Mlle M.-V.-H. CELSE, d'Arras (Pas-de-Calais), a soutenu, le mercredi 3 mai, sa thèse de doctorat (5me série, n° 120), intitulée : **Contribution à l'étude du scorbut infantile (maladie de Barlow).**

SOCIÉTÉS SAVANTES : ACADÉMIE DE MÉDECINE

A l'élection de deux associés nationaux, ont été nommés : MM. DOYON (d'Uriage), et PAMARD (d'Avignon).

Exercice illégal de la médecine

Le tribunal de Sens vient de condamner, après trois audiences consacrées aux débats, l'abbé CRUD, directeur de l'Institut orthopédique, à 500 francs d'amende et aux dépens, pour exercice illégal de la médecine.

Le docteur S..., qui servait, à l'abbé CRUD, de couverture légale, a été condamné, pour blessures par imprudence et négligence, à quarante-huit heures de prison et 100 francs d'amende, avec application de la loi BÉRENGER, en ce qui concerne la prison.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs ESPAGNE, ancien agrégé de la Faculté de Médecine de Montpellier ; GALLET, de Poitiers (Haute-Vienne) ; BERTELIN, de Troyes (Aube) ; REVIAL, du Creusot (Saône-et-Loire) ; BERTRAND, de la Bourboule (Puy-de-Dôme) ; CHERBULIEZ, de Sacy-sur-Marne (Marne) ; LE SOURD, directeur de la *Gazette des Hôpitaux* ;

De M. BRUNO, étudiant en médecine de la Faculté libre de Lille.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

17e SEMAINE, DU 23 AU 29 AVRIL 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	1
3 mois à un an	3	14
1 an à 2 ans	5	3
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	6
40 à 60 ans	15	5
60 à 80 ans	13	10
80 ans et au-dessus	1	3
Total	56	46

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	2	»	5	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	13	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	1	2	4	»	1	»	»	2	»	»	1	»	»	4	16	27
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	4	»	1	»	»	2	1	1	»	»	1	3	14	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	6	»	»	»	»	»	3	13	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	2	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	10	19	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	2
Total	»	»	»	»	1	3	3	7	21	5	10	»	»	17	2	1	1	»	1	30	102	125

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 122. Troisième Année, N° 20. Le Numéro : 10 centimes. 14 Mai 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique Médicale de la Charité

Maladie de Parkinson et épilepsie chez le même sujet : rapports des deux affections

Par le Professeur **Combemale**

(Leçon recueillie par M. **P. Verhaeghe**, externe des Hôpitaux).

MESSIEURS,

Le malade couché au n° 4 de la salle Ste-Catherine présente un intérêt tout particulier. Vous connaissez son histoire : c'est un Suisse d'une quarantaine d'années, retour d'Amérique du sud ; à Buenos-Ayres, où, comme terrassier, il a vécu une dizaine d'années, il a plusieurs fois présenté les accidents pathologiques qui l'ont amené à l'hôpital. Récemment débarqué à Anvers, il regagnait à petites journées son pays d'origine, quand un soir, de passage à Lille, il a été pris, sur la Grand'Place, d'une attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle il a été dirigé sur nos salles. Le premier jour, l'habitus du malade, sa lenteur dans la parole, les vagues commémoratifs qu'on en obtenait, nous confirmèrent dans l'opinion que nous avions réellement affaire à un épileptique. Aujourd'hui, Messieurs, sans que notre opinion sur ce point ait varié, nous avons à modifier l'énoncé du diagnostic ; entré dans le service avec le simple diagnostic d'épilepsie, nous devons ajouter celui de paralysie agitante. Le premier étant sans difficulté dans l'espèce, je ne m'attarderai pas à l'établir et à le soutenir de considérations cliniques. La seconde partie vous étant moins familière et fournissant l'occasion d'un exposé clinique plus sujet à discussion, j'établirai ce diagnostic dans tous ses détails ; nous verrons ensuite s'il existe un rapport entre les deux affections dont est porteur ce sujet.

Dans la paralysie agitante, Messieurs, au moins dans les formes classiques, quatre signes sont de première importance, pour ne pas dire de la dernière nécessité, pour le diagnostic.

C'est d'abord le **tremblement**, avec ses caractères spéciaux de persister au repos, de cesser pendant le sommeil, d'avoir des paroxysmes, d'être lents et limités à la main. Or, voyez ce malade, il est assis immobile sur sa chaise, et cependant il tremble ; qu'il exécute un mouvement volontaire au commandement, qu'il porte un verre à ses lèvres, le tremblement ne se suspend pas tout à fait, mais il diminue d'une façon notable ; je vous ai fait d'autre part remarquer, soit à son lit, soit dans les salles, en l'observant de loin,

que par instant ce tremblement s'exagère parce qu'il est momentanément préoccupé de son état, — vous savez que ce malade revient en Suisse de l'Argentine, se sentant gravement atteint, — ou qu'il se sent regardé, examiné. La surveillance dont nous l'entourons à son insu nous a appris enfin que le tremblement cesse pendant son sommeil.

Poursuivons la recherche des caractères de ce tremblement. Le plus ordinairement, dans la paralysie agitante, il est symétrique et limité à la main, à l'avant-bras. Chez notre malade, ce n'est pas seulement la main, mais bien le membre supérieur tout entier qui tremble ; il ne file pas, il ne roule pas la pilule, suivant l'image si heureuse qu'on emploie communément pour désigner les oscillations rythmiques des doigts ; on dirait de lui plus justement qu'il pianote ; la généralisation aux bras du tremblement n'est pas très rare et n'entraîne pas discussion pour le diagnostic dans l'espèce, d'autant que la tête ne participe pas au tremblement ; c'est au reste la règle, bien que parfois elle soit branlante par transmission seulement, que la tête soit respectée dans la paralysie agitante.

Voyez de près ce tremblement, Messieurs, il est rythmé, et vous pourriez presque compter les déplacements qui le composent en l'inscrivant sur les tambours rotateurs en usage en physiologie, vous liriez à peine cinq ou six oscillations par seconde ; c'est donc un tremblement lent. Remarquez en outre que, sous son influence, lorsque le malade veut écrire, l'écriture est toute tremblottante ; et lorsque le tremblement est installé dans les deux bras, comme c'est le cas ici, le malade est un véritable infirme, il lui est impossible de faire aucun travail manuel exigeant une préci ion même grossière ; c'est, au reste, cette maladresse qui, inquiétant le malade, a provoqué son retour dans son pays d'origine. Les caractères spéciaux du tremblement de la paralysie agitante se retrouvent, on vient de le voir, au grand complet, chez notre sujet. Dans certains cas difficiles, il n'a pas fallu d'autres signes pour que le diagnostic parût légitime. Mais poussons plus loin l'étude du cas clinique que nous offre le malade.

A-t-il en particulier le masque spécial à l'affection ? cette immobilité des muscles de la face, ce regard fixe, cette expression d'hébétude, cette parole brève si typiques ? Mais oui, Messieurs, le malade présente tout cela pour qui sait voir. Vous avez eu depuis plusieurs jours l'occasion de contempler à loisir son visage : il est toujours semblable à ce qu'il était la veille, toujours triste, comme voilé, il ne s'attriste pas davantage, mais il ne s'éclaire jamais ; le front reste toujours plissé, les yeux entr'ouverts également, fixant son regard un peu en bas et devant lui, mais ne le déplaçant guère. Essayez d'animer ce visage : le malade entend et comprend tout ce que je dis de lui, mais ses traits sont malhabiles ou impuissants à traduire la pensée ou l'impression que mes paroles provoquent chez lui. Le masque d'hébétude qui est plaqué sur sa face ne s'evanouit jamais ; il fait partie intégrante de son habitus. Je note ici, pour votre gouverne, que dans certains cas, mais rarement, les muscles de la face peuvent être trémulents, surtout aux commissures labiales.

Ecoutez-le parler, d'autre part, Messieurs ; entendez ses réponses. Quelle lenteur pour s'exprimer, pour dire sa phrase ! Sa parole est cependant brève, ses phrases sont courtes cependant. Ah ! c'est que prononcer ses mots exigent un effort et nous verrons que la lenteur dans l'exécution des impulsions motrices volontaires et la fatigue rapide qui en résulte, sont au nombre des caractères de la paralysie agitante. Par son masque, ce malade est donc encore un parkinsonien.

Il l'est aussi par son **attitude générale.** L'aspect soudé, comme disait Charcot, de ces malades, ne peut guère échapper quand on les examine successivement assis et debout. A la projection en avant de sa tête vous devinez déjà ce signe quand le malade est assis sur son lit ; mais faisons-le se mettre debout. Remarquez en passant avec quelle lenteur il quitte sa chaise pour se placer sur ses jambes. L'inclinaison de sa tête sur sa colonne vertébrale ne s'est pas modifiée, elle est toujours en avant. Le tronc aussi en avant, les coudes un peu écartés du corps, l'avant-bras un peu soulevé, les mains fléchies. Cette attitude, qui est l'un des types habituels (celui de la flexion opposé à ceux de l'extension simple ou de l'extension tête arrière ou tête avant), de l'attitude soudée des parkinsoniens, se trouve ébauchée chez notre malade. Je vous prie de bien remarquer, d'autre part, qu'il essaie vainement de porter sa tête en arrière, les muscles abaisseurs de la tête sont comme contracturés, rigides. A le voir ainsi debout vous avez l'impression d'un être embarrassé de lui-même, et cependant par contraste son visage

est à l'abri de toute émotion : rire ou pleurer, il ne le peut ; au reste, sa voix vieillotte, un peu chevrotante, ne traduirait ses sentiments qu'avec une uniformité pleurarde. Cette manière d'être extérieure est bien spéciale, pathognomonique presque. Je désire que vous reteniez encore que cette attitude générale est le résultat d'une rigidité musculaire permanente, capable à la longue d'entraîner des déformations surtout visibles aux périodes avancées de la maladie.

Je souligne enfin, Messieurs, encore la lenteur que met notre malade à exécuter les mouvements et la sensation très réelle de fatigue qu'il éprouve très rapidement à la suite de ces mouvements, pour marcher un peu ou pour se tenir quelques minutes debout.

Tremblement marqué, attitude générale spéciale, lenteur et fatigue dans l'éxécution des impulsions motrices volontaires, sont les signes capitaux de la paralysie agitante ; or, notre malade les présente tous, sans presque d'atténuation.

D'autres signes, encore importants mais non nécessaires, servent à caractériser le parkinsonien. Chez notre sujet, facilement diagnostiqué cependant, ainsi que vous venez de le voir, ces signes accessoires manquent en partie, ce qui vous montre que leur valeur n'est que relative. Il ne présente pas en effet de la **tendance à la propulsion** en avant ou à la rétropulsion. Ce signe consiste en ceci que, lorsque le malade est en marche, une fois lancé, il accélère constamment sa vitesse initiale, penché de plus en plus en avant « comme si, disait TROUSSEAU, il courait après son centre de gravité » ; et pour qu'il s'arrête il faut qu'il trouve devant lui un obstacle, un mur, par exemple, contre lequel il butte, un meuble auquel il se cramponne. Chez d'autres sujets il y a rétropulsion ; si vous tirez, d'un faible effort en arrière, par son habit, le parkinsonien, vous voyez se produire la marche à reculons, laquelle, comme dans la propulsion, va en s'accélérant au fur et à mesure que vous continuez à tirer. Les auteurs sont unanimes à signaler que ce signe manque parfois dans la paralysie agitante. Remarquez au passage, Messieurs, que la propulsion et la rétropulsion sont symptomatiques d'autres maladies que de la paralysie agitante et se rencontrent dans certaines lésions du cervelet, par exemple, qu'on a même signalé un cas d'atrophie musculaire progressive où ces signes existaient. Il convient donc de n'attacher qu'une confiance restreinte à ce signe. Montrez la même prudence, Messieurs, quand il s'agira d'apprécier le *besoin de changer de place*. Notre malade nous dit que dans son lit il éprouve le continuel besoin de déplacer ses membres, qu'il ne tient pas facilement tranquille sur sa chaise, malgré la fatigue que lui procurent ces changements de position. Nombre d'enfants nerveux, des choréiques, éprouvent ce même besoin ; et de ce fait l'importance du signe diminue considérablement, s'il est observé isolément.

Je relèverai plus volontiers la sensation désagréable de **chaleur excessive habituelle** que présentent ces malades : en moiteur permanente, même en hiver, sans élévation de la température centrale toutefois, le parkinsonien se plaint constamment d'avoir trop chaud, se découvre au lit, va nu-tête et légèrement vêtu au cœur de l'hiver. Et en réalité, il existe une élévation thermique assez notable du côté de la peau. GRASSET a en effet montré qu'il y a une augmentation de la température locale pouvant atteindre jusqu'à deux degrés ; la cause en réside, d'après ce savant maître, dans les mouvements incessants qui agitent les membres. Quoiqu'offrant ce signe, notre malade ne s'en plaint pas spontanément.

Sur ce malade, nous avons donc retrouvé quasi au complet, Messieurs, le tableau des signes qui caractérisent la paralysie agitante ; joignez-y, parce que négatifs, l'intégrité des réflexes et des sphincters, l'absence de trépidation épileptoïde et de troubles trophiques. Si vous en venez toutefois à vouloir rechercher lequel de tous ces signes est le plus important, le plus décisif, vous vous arrêtez aussitôt au tremblement présenté par ces sortes de malades. Aussi, pour affirmer le diagnostic paralysie agitante, faut-il étudier de près ce tremblement et le comparer aux tremblements rencontrés dans d'autres maladies, du système nerveux notamment.

Je vous ai imposé pour notre malade le diagnostic de maladie de PARKINSON ; mais je voudrais vous dire maintenant pourquoi il n'est pas atteint d'une sclérose en plaques, pourquoi son tremblement n'est pas toxique. Quelques raisons sont très probantes, que je tiens à vous fournir, groupées et sans les délayer.

Dans la *sclérose en plaques*, la tête participe toujours au tremblement ; de plus, ce tremblement n'existe pas à l'état de repos ; enfin il se manifeste à l'occasion de mouvements, et plus ces mouvements ont d'amplitude, plus ce tremblement s'exagère. Vous avez vu au moins une fois dans nos salles l'un de ces malades qui,

portant un verre à leurs lèvres, ne parviennent à l'y fixer qu'après avoir projeté une partie du contenu par terre et longuement « tiré des bordées » vers leur bouche ; celui-là est un scléreux en plaques ; il a, de plus, du nystagmus, accuse de la diplopie ; son histoire pathologique contient des vertiges ressemblant de très loin aux attaques d'épilepsie que présente notre malade. Le tremblement de notre sujet, ses caractères si spéciaux d'être localisé à la main, d'être rhythmique, permanent, indépendant des mouvements volontaires, l'absence de troubles oculaires, sont des caractères cliniques bien différents de ceux de la sclérose en plaques. Il n'y a pas lieu d'y insister davantage.

Parmi les *tremblements toxiques*, il en est un qui s'offre immédiatement à l'esprit, le tremblement alcoolique. Mais ce n'est pas le cas d'y penser. Si cet homme a bu jadis de l'alcool, ou mieux du vin, depuis plusieurs années, il est redevenu sobre et ne s'alcoolise pas inconsciemment. Les caractères du tremblement alcoolique sont en outre d'être plus marqués le matin à jeun que le soir, de porter sur les extrémités, de s'accompagner de douleurs, de rêves ; or, chez notre sujet, ce sont les bras qui tremblent, sans exagération, à tel moment de la journée ; de plus, le sommeil et la sensibilité sont intacts.

L'hydrargyrisme ne pourrait-il être incriminé ? Outre que cet homme n'a jamais travaillé dans le mercure, qu'il n'a jamais absorbé de mercuriaux, le tremblement dû à cette intoxication est tellement menu et rapide, que la dissemblance avec la trémulation large et lente du parkinsonien est complète.

Ne s'agirait-il pas d'un tremblement saturnin ? Les intoxiqués par le plomb présentent en effet un tremblement menu, qui se voit surtout aux extrémités des doigts, mais qui s'exagère avec la fatigue et se remarque surtout le soir. Rien de semblable ici.

On ne peut supposer un tremblement sénile chez un malade de 37 ans, Messieurs ; la non participation de la tête au tremblement en fait écarter du reste définitivement l'hypothèse.

Les anamnestiques et la concomitance des autres signes essentiels de la paralysie agitante, permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas du tremblement héréditaire essentiel. Cette affection se caractérise en effet par un tremblement non intentionnel, se produisant au repos, se présentant surtout à l'occasion de l'extension du bras, dans l'acte de prêter serment, se localisant comme chez certains parkinsoniens aux membres supérieurs, mais occupant également la face. Or, chez notre malade, la face est indemne de tremblements, et ce seul point suffit dans l'espèce pour maintenir le diagnostic primitif. Notez de plus que c'est chez les dégénérés que survient ce tremblement.

Or, je crois fermement que notre malade est un dégénéré, comme je vous le dirai plus longuement tout à l'heure ; mais au total il y a coïncidence, et cette quasi-similitude ne peut contrebalancer l'absence des signes capitaux du tremblement héréditaire essentiel.

Le diagnostic de paralysie agitante, établi dès l'abord, se renforce donc de toutes les différenciations que je viens de tenter : il reste encore cependant quelques hypothèses à renverser.

Vous pouvez supposer, — et la clinique l'a montré, rarement il est vrai mais avec certitude —, qu'il s'agit d'une *hémiparalysie agitante double d'origine cérébrale ?* Or, Messieurs, outre que la paralysie agitante d'origine cérébrale ne porte d'ordinaire que sur une moitié du corps, que le bras et la jambe sont seuls atteints isolément ou ensemble d'un seul côté, si par une occasion presque unique, cette hémiparalysie agitante cérébrale était double, elle présenterait ce grand caractère qu'elle s'accompagnerait d'une augmentation des réflexes tendineux ; et je vous ai signalé dès l'abord que tous les réflexes étaient intacts chez notre sujet.

L'hypothèse d'une chorée chronique doit aussi être rejetée : en effet, cette affection frappe les tout jeunes ou les vieux, elle est constituée par des secousses arythmiques, qui n'ont rien d'approchant avec le tremblement ici observé ; la ressemblance de ce cas avec ce qu'est la *chorée chronique* est trop grossière pour que vous vous trompiez.

D'autres diagnostics peuvent se présenter à votre esprit. Imaginez une double hémorrhagie cérébrale ayant amené la dégénérescence descendante du faisceau pyramidal ; supposez qu'il s'agisse d'une sclérose latérale amyotrophique. Voyez même dans le tableau clinique qu'offre ce malade celui du tabes spasmodique ou celui d'une myélite, le tremblement fera partie du complexus symptomatique de ces lésions cérébrales et médullaires et vous pourriez à la rigueur méconnaître le tremblement de la paralysie agitante. Vous ne commettrez pas cette erreur si vous vous inquiétez de rechercher la trépidation épileptoïde et l'exagération des réflexes. Ni l'un ni l'autre ne font partie du cortège de la maladie de PARKINSON ; leur

présence constatée vous empêchera de verser dans l'hypothèse erronée.

Il vous paraîtra, Messieurs, après cette reconnaissance du type quasi-classique de la maladie de Parkinson et la discussion que je viens d'en faire, que ce diagnostic s'imposait presque d'emblée et que nous n'ayons pas dû être bien hésitant. Détrompez-vous. La chose n'était pas si simple, avant que j'aie disséqué en quelque sorte le cas pour vous le présenter.

En effet, ce malade présente, vous vous en souvenez, des attaques épileptiformes et cela depuis l'âge de treize ans. D'autre part, ses premières confidences, confirmées d'ailleurs par les interrogatoires suivants, nous ont appris que le tremblement qu'il présente n'est pas continu : il a commencé il y a quatre ou cinq ans, à la suite d'une attaque d'épilepsie et a duré trois à quatre mois, puis a cessé graduellement. Mais après une attaque ultérieure, le malade a vu revenir ce tremblement, qui a diminué, puis cessé pour reparaître encore, toujours d'une façon discontinue.

Cette discontinuité du tremblement était faite pour égarer le diagnostic. Il existe, en effet, des épileptiques à paroxysmes rares, chez lesquels subsistent pendant quelques jours, à la suite de leurs attaques, des symptômes d'épuisement nerveux, dans lesquels on compte le tremblement. Néanmoins la durée de ce tremblement n'est jamais bien longue. En n'accordant qu'une foi relative aux dires du malade, on pouvait donc mettre le tremblement, chose anormale par elle-même, sur le compte de l'épilepsie. Mais le retour obligé de ce tremblement, sa réapparition non pas immédiatement après le paroxysme épileptique, mais graduellement quelques jours après, comme nous l'avons constaté à l'hôpital, sa localisation enfin aux bras, sa tendance à durer plus longtemps après chaque attaque, nous firent abandonner cette hypothèse et attacher de l'importance à ce symptôme, qui paraissait d'abord accessoire.

Rappelez-vous, Messieurs, que dans la paralysie agitante une fois établie ce tremblement ne disparaît plus, qu'il est d'intensité variable, mais qu'il ne cesse jamais complètement. Mais sachez aussi que, quand une paralysie agitante est en train de se constituer, par périodes le tremblement disparaît complètement ou presque complètement ; et ces périodes ont une durée impossible à pronostiquer, qui peut en imposer pour la cessation définitive. Le tremblement dans la maladie de Parkinson peut donc être discontinu et habituellement les périodes où le tremblement manque sont de plus en plus courtes : chez notre malade, si la première fois où il a eu du tremblement, cela a duré quinze jours à trois semaines, le malade remarque parfaitement que la durée du tremblement va en augmentant. C'est en s'appuyant sur cette notion que l'attention a été attirée vers la maladie de Parkinson ; depuis lors la recherche clinique des autres symptômes a permis de conclure qu'il s'agissait d'une paralysie agitante, mais d'une paralysie agitante au début.

Remarquez d'ailleurs, pour finir sur ce point, Messieurs, que dans cette période de constitution, le tremblement a les mêmes caractères qne lorsque la paralysie agitante est constituée et ancienne.

La maladie de Parkinson ne fait plus de doute pour vous, n'est-ce pas, Messieurs. Mais il me reste à chercher avec vous quelle est sa valeur dans le complexus symptomatique que présente ce malade : est-elle dépendante de l'épilepsie idiopathique dont ce sujet est porteur ; l'épilepsie l'a-t-elle créée en un mot ? La paralysie agitante ne tend-elle pas simplement à lui succéder, si je puis ainsi dire ? Ou bien est-elle surajoutée à l'épilepsie et sans rapports avec elle, évoluant pour son compte propre ? Existe-il enfin, dans cette seconde hypothèse, une influence réciproque de ces deux affections.

La paralysie agitante, vous ne l'ignorez pas, a une grande parenté avec les grandes névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie. Toutes les hypothèses sont donc plausibles, l'important est seulement de les justifier ; essayons pour celles que j'ai émises dès l'abord. L'épilepsie, chez notre malade, n'étant pas contemporaine, mais antérieure et de beaucoup à la paralysie agitante, il ne saurait venir à l'esprit de considérer celle-là comme dépendante de celle-ci.

C'est en effet à l'âge de 13 ans que le malade a eu sa première attaque d'épilepsie ; d'autre part, il n'est pas rapporté d'exemple de paralysie agitante, même fruste, commençant à cet âge ; enfin, lorsqu'il survient des attaques épileptiformes au cours de la paralysie agitante, ainsi que l'a étudié Martha, elles se montrent lorsque cette affection est déjà constituée ; l'épilepsie, dans l'espèce, ne fait donc pas partie de la paralysie agitante ; peut-être seulement en accélère-t-elle le cours, question de pronostic que je puis songer à résoudre maintenant.

La dépendance de la paralysie agitante, par contre, peut être soutenue : des hémiparalysies agitantes existent en effet qui sont consécutives à des lésions cérébrales de la capsule interne ; l'épilepsie, d'autre part procède parfois de troubles circulatoires localisés portant sur une écorce cérébrale irritable ; en toute rigueur, l'une des séquelles d'attaques d'épilepsie répétées et univoques dans leur cause pourrait donc être la paralysie agitante ; au diagnostic différentiel, j'ai discuté cette hypothèse pour la rejeter ; pour les raisons invoquées alors, je ne puis la reprendre. Cette paralysie agitante n'est donc pas dépendante de l'épilepsie.

Je n'ai pas appelé encore votre attention, Messieurs, sur la tare névrosique considérable qui pèse sur ce malade ; un coup d'œil sur sa conformation crânienne vous en dira plus long qu'une description minutieuse ; le sujet sait à peine lire ; et s'il n'existe pas à proprement parler de troubles psychiques chez lui, c'est un faible d'esprit, un minus habens ; l'imbécillité de ce sujet est évidente ; voilà une tare qui est d'un épileptique ancien. Il est non moins évident que ce malade est depuis quelques années un parkinsonien en préparation. Le terrain est propice chez lui pour que les névroses lèvent. L'une, est éclose depuis longtemps, une seconde germe lentement. Ces faits n'ont rien de surprenant, et DÉJERINE, depuis nombre d'années, en a signalé de nombreux exemples à l'appui. Aussi ma conviction profonde, fondée sur des observations analogues faites dans le domaine des névroses sur la question de leur symbiose, pour m'exprimer clairement, est-elle qu'il s'agit d'un épileptique ancien devenant parkinsonien.

Les paroxysmes de l'épilepsie commandant nettement aux recrudescences vibratoires de la paralysie agitante, l'influence de l'épilepsie ne saurait être méconnue ; il ne convient pas cependant de pousser trop loin l'importance de cette influence : je ne crois pas qu'elle dépasse les limites d'une cause un peu plus durable que ne l'est l'émotion ou l'attention qui augmentent son tremblement. Les deux névroses évoluent donc pour leur propre compte.

Rien dans les renseignements recueillis ne nous autorise, d'autre part à affirmer que la paralysie agitante remplacera l'épilepsie : les attaques sont en intensité, en nombre, ce qu'elles étaient jadis : la paralysie agitante ne leur a rien retranché. Ce qui vient encore à l'appui de l'autonomie des deux névroses.

Pour terminer l'étude du diagnostic de ce cas de paralysie agitante, et de ce que l'on aurait pu prendre pour une complication, je dois vous affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cas fruste ; dans les cas frustes, en effet, le tremblement est absent ou très réduit, et limité alors aux doigts ; l'attitude, la rigidité musculaire propre à ces malades, leurs sensations de chaleur exagérée sont alors du plus grand secours pour se prononcer. Point n'est besoin de vous rappeler que dans ce cas c'est par le tremblement que s'est fait le diagnostic : rien de fruste donc ici.

Dans l'affection qui nous occupe, Messieurs, le diadiagnostic fait le pronostic, et ce pronostic est toujours défavorable, avec ce correctif toutefois qu'il est très souvent à très longue échéance. La marche de la paralysie agitante en effet est lente, mais progressive : c'est pendant vingt, trente ans même, que le parkinsonien peut trembler, souffrir de chaleur insupportable, marcher précipitamment courbé en deux ; il n'est guère de grande ville, où quelque parkinsonien ne réclame par sa démarche, ses attitudes, vos moqueries d'enfant — cet âge est sans pitié ! — votre attention d'étudiant, vos soins peut-être de praticien ; mais au bout de ces vingt ans, les déformations des membres sont survenues, la cachexie nerveuse est prochaine ou déjà installée ; ces malades sont devenus de véritables infirmes, confinés au lit ou à la chambre, que guette la mort.

Leur sort, le moins désirable, est de finir dans le marasme, dans la consomption, à l'instar des tabétiques, auxquels ils ressemblent alors, ou bien d'être emportés par la pneumonie : à se découvrir en toute saison, même à la période ultime, ils côtoient à tout instant le refroidissement et, le pneumocoque aidant, la pneumonie s'installe qui les enlève. Il est cependant pour les parkinsoniens un mode de terminer leur pénible existence, qu'il faut connaître, pour le prévenir : irrémédiablement tristes, ces malades versent souvent dans la lypémanie caractérisée : des idées de suicide hantent alors leur esprit, et ils échappent à leurs souffrances par la pendaison, l'immersion, l'asphyxie, l'empoisonnement, renouvelant leurs tentatives avec une ténacité incroyable, s'ils ont échoué une première fois ; un asile des aliénés devient dans ce cas le refuge nécessaire de ces malheureux.

Que faire, me demandez-vous, comme traitement de la paralysie agitante ? Aucun des moyens proposés n'a donné de résultats encourageants ; pour l'instant le remède en honneur est le borate de soude ; à la dose

de 1 à 2 gr. par jour, SACAZE prétend avoir amélioré deux parkinsoniens ; nous n'aurons pas le temps chez notre malade d'apprécier les effets que ce médicament pourrait lui procurer : son seul désir, vous ne l'ignorez pas, est de nous quitter pour retourner en Suisse, son pays natal. Et je n'ose vous encourager à fonder sur l'acide borique de grandes espérances dans les cas où vous pourriez songer à l'employer.

En ce qui concerne le tremblement, certains artifices, inventés par les malades, ou que vous leur indiquerez. contribuent à le diminuer ou à le rendre peu gênant dans les actes de la vie quotidienne : appliquer les mains sur les genoux, croiser les mains sur la poitrine, sont tout autant de positions de défense, si l'on peut dire, vis-à-vis du tremblement, qui le réfrènent et l'annihilent. La solanine, préconisée par GRASSET et SARDA, et les autres médicaments ne vaudront pas mieux que ces simples moyens.

Paralysie spinale antérieure de l'adulte

par le docteur L. Ingelrans

M. MOTY a présenté à la séance du 14 avril dernier un malade dont l'observation résumée a été donnée page 189. Cet homme, à la suite des manœuvres, a été pris d'engourdissement des membres avec difficulté de la marche : le tout a bientôt été transformé en une quadriplégie complète avec paralysie des muscles de la région prévertébrale (droits antérieurs et long du cou), sans troubles cardiaques, ni respiratoires. La sensibilité est demeurée tout à fait intacte. Après un temps assez long, ces phénomènes moteurs se sont amendés et ont fait place à de l'amyotrophie surtout marquée aux mains et aux jambes, avec accompagnement de trémulations fibrillaires dans un grand nombre de muscles.

L'hypothèse d'une hémorragie dans la région cervicale de la moelle épinière a été émise. La brusquerie du début indique assez, en effet, l'intervention d'une cause à action rapide, telle, par exemple, qu'un épanchement sanguin. Mais, de deux choses l'une, ou bien l'hémorragie supposée se serait faite en un point limité, elle aurait été très légère, punctiforme, et n'aurait amené que des troubles localisés, correspondants au niveau de la moelle lésé, ou bien, l'hémorragie aurait eu une certaine importance, et alors des troubles sensitifs n'auraient pas pu faire défaut, car la substance prise aurait été à coup sûr atteinte. De plus, comment expliquer l'amyotrophie quasi-généralisée ? L'hématomyélie nous paraît donc ne devoir être acceptée que comme un pis-aller, et si rien de plus satisfaisant ne peut être mis à la place.

Trois affections fort voisines l'une de l'autre sont capables de réaliser un tableau clinique analogue à celui qu'on a sous les yeux. C'est la paralysie spirale antérieure aiguë, la paralysie ascendante aiguë dite maladie de LANDRY et la polynévrite motrice généralisée.

La paralysie spinale antérieure de l'adulte de DUCHENNE est identique à la paralysie infantile. La maladie débute par quelques symptômes généraux, fièvre, douleurs diffuses aux extrémités ; puis apparaît une paralysie rapide et plus ou moins étendue, l'atrophie s'empare de certains muscles et s'y localise pendant que la paralysie disparaît. Les sphincters sont intacts ainsi que la sensibilité. La caractéristique de cette affection est de guérir en ne laissant d'autre trace que l'amyotrophie, laquelle peut parfois être importante. C'est bien là ce qui peut s'observer chez le malade dont il est question : il ne manque guère que la fièvre initiale. Encore est-il qu'il y a eu quelques frissons dont il s'est parfaitement rendu compte au tout premier début de sa maladie.

On pourrait également penser à la paralysie ascendante de Landry. Le complexus symptomatique qu'on désigne sous ce nom se rapproche beaucoup du précédent, en ce sens que les phénomènes sont à peu près les mêmes, avec cette différence que le bulbe est d'ordinaire attaqué et que la mort survient de ce chef dans la généralité des cas. Il ne faut guère songer à la différencier autrement de la paralysie spinale antérieure, car l'anatomie pathologique donne les résultats les plus disparates. M. RAYMOND a écrit les lignes suivantes : en présence d'un syndrome qui reflète les traits de la paralysie de LANDRY, il est souvent impossible de décider si nous avons ou si nous n'avons pas devant nous des lésions de poliomyélite ou de polynévrite, ou des lésions spéciales quelconques. — La clinique seule est donc capable de discerner entre les cas. La bénignité relative de l'affection chez le sujet dont il s'agit et l'absence de phénomènes bulbaires nous porte à éliminer le diagnostic de maladie de LANDRY.

Ce n'est pas tout : une névrite motrice généralisée aurait amené un même ensemble symptomatique et le diagnostic différentiel en est presque toujours des plus ardu. En effet, que ce soient les cellules des

cornes antérieures ou leur prolongement moteur qui soient en jeu, c'est toujours le neurone-moteur périphérique qui est attaqué en un point ou en un autre, et sa souffrance se traduit d'une manière identique dans l'un et l'autre cas. Toutefois, dans la névrite motrice généralisée, les trémulations fibrillaires des muscles font plus souvent défaut que lorsque la moelle est lésée : leur intensité ici suffirait peut-être à incriminer la moelle épinière. La pression des troncs nerveux est indolore : elle serait pénible s'il y avait névrite. Dans la névrite enfin, un ou plusieurs nerfs crâniens sont souvent paralysés. De tout cela nous concluons que le diagnostic doit être formulé : poliomyélite antérieure aiguë. M. Raymond a étudié en détail les signes différentiels de ces affections dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* de cette année. On comprend la difficulté qu'il y a à déterminer d'une manière exacte ce dont il s'agit, quand on se convainc que l'anatomie pathologique des trois affections que nous avons citées a donné des résultats complètement différents dans chaque cas particulier, que les autopsies ne concordent en rien l'une avec l'autre et qu'il s'agit de syndromes cliniques plutôt que d'espèces morbides bien définies.

Ajoutons que l'état des réflexes, chez ce malade, est variable d'un moment à l'autre : ils paraissent exagérés, mais il faut se demander si on n'a pas affaire à une hyperexcitabilité mécanique des muscles en voie d'atrophie. Si vraiment il y a réflexes exagérés, l'explication n'en est pas facile à donner : il faut, en tout cas, éliminer nettement l'idée d'une sclérose latérale amyotrophique, vu la marche aiguë de la maladie.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. Hervieux étudie le rôle et l'influence des instituteurs pour la propagation de la vaccine.

— M. Glénard résume ses travaux sur les ptoses viscérales.

Société de Chirurgie. — M. Tuffier distingue deux formes de tuberculose testiculaire, au point de vue du traitement chirurgical. Dans la forme hypertrophique envahissant tout l'appareil testiculaire, la castration s'impose.

Dans la tuberculose épididymaire il faut se contenter de curages et d'opérations conservatrices.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Jacquet. Le syndrome de Weill (hémi-hyperesthésie neuro-musculaire) est presque constant chez les tuberculeux. Il est susceptible de transfert sous l'influence de certaines irritations.

— M. Renon a observé une névrite toxique du pneumogastrique au cours d'une entérocolite aiguë.

Société de Dermatologie. — M. Fournier présente une famille complètement dégénérée sous l'influence combinée de la syphilis et de l'alcoolisme.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 12 Mai 1899

Présidence de M. le docteur Carlier, *président.*

Tumeur fibro-kystique de l'utérus

M. Potel présente, au nom de M. le professeur Dubar, une tumeur fibro-kystique de l'utérus.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, qui entra à la maison de santé à la fin d'avril. Elle présentait une tumeur abdominale, volumineuse, fluctuante. Le toucher vaginal montrait que les culs-de-sac étaient libres, les mouvements de translation de la tumeur se communiquaient au col. Cependant l'hystérométrie ne donnait que six centimètres.

On fit la laparotomie. La ponction donna issue à quatre litres d'un liquide filant, couleur vert pomme. La poche évacuée, on s'aperçut qu'elle était formée aux dépens de la paroi de l'utérus. M. le professeur Dubar pratiqua l'hystérectomie abdominale totale. La malade est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

M. Potel insiste sur les difficultés du diagnostic de ces tumeurs fibro-kystiques.

Tuberculose généralisée chez l'enfant.

M. Ausset rapporte l'observation d'un enfant de onze mois qui a succombé dans son service à une tuberculose généralisée. A l'autopsie, on trouva des lésions de tuberculose généralisée, de la carie du rocher, le facial détruit après l'émergence des nerfs pétreux ; de plus une caverne énorme siégeant à la partie antéro-supérieure du poumon droit et pouvant contenir facilement un œuf de poule.

M. Ausset fait remarquer le peu de fréquence des cavernes tuberculeuses chez les enfants. Il en a observé encore un cas, chez un nourrisson de quatorze mois.

Habituellement, chez les enfants, on trouve dans ce cas un poumon infiltré de petits tubercules pouvant donner naissance à de petites cavernules microscopiques. De plus, chez l'enfant, on trouve, autour de la caverne et en travers, des brides vasculaires dont le calibre est perméable, pouvant produire parfois des hémorrhagies auxquelles succombent les petits malades.

M. Looten croit que ces brides vasculaires peuvent être le siège de production de bourgeons charnus et être ainsi une cause de guérison plus fréquente de ces lésions chez les enfants.

De la thyroïdine dans les fractures

M. Lambret présente un malade qui s'est fracturé la jambe il y a trois semaines et qui marche actuellement sans appareil d'aucune sorte, la jambe complètement consolidée.

Chez plusieurs malades présentant un pseudarthrose ou un retard de consolidation, il avait donné avec succès de la thyroïdine à la dose de trois capsules de 0,20 ctgr. d'extrait de corps thyroïde par jour. Chaque fois la consolidation parut s'effectuer plus rapidement.

M. Lambret soumet le malade qu'il présente, dès le premier jour de l'accident, à ce traitement, appliqua un appareil de marche le septième jour et, le dix-septième jour, il enlevait tout appareil. La jambe était suffisamment consolidée, et le malade marchait sans aucun appareil. M. Lambret croit pouvoir attribuer cette consolidation rapide à l'action de la thyroïdine.

M. Moty s'élève contre l'emploi des appareils de marche, qui : 1° amènent forcément un léger travail des muscles gastrocnémiens, et, par suite, du chevauchement des fragments osseux ; 2° s'opposent à l'obtention d'une réduction parfaite, celle-ci ne pouvant s'obtenir, quel que soit le siège de la fracture et son niveau, qu'en fléchissant au maximum la jambe sur la cuisse.

M. Moty ne connaît pas toutefois, au point de vue du traitement, de cas de consolidation aussi rapide : dans son service, il emploie des appareils ouverts, et en examinant ses blessés, il a trouvé parfois des fractures consolidées au vingt-cinquième jour, mais jamais avant le vingtième.

Respiration de Cheyne-Stokes

MM. Raviart, interne, et **Duvivier**, externe de la Clinique de M. le professeur Combemale, communiquent l'observation détaillée d'un malade atteint de néphrite interstitielle, qui présenta le rythme respiratoire dit de Cheyne-Stokes.

Le cycle complet durait en moyenne 50 secondes : l'apnée étant de 20" et la dyspnée de 30".

Pendant l'apnée, affaissement du malade avec possibilité toutefois de converser avec lui.

La suppression de la période d'apnée a été obtenue pendant deux cycles, en mettant en jeu la volonté du malade.

Du côté de l'appareil circulatoire : la tension artérielle était plus faible pendant l'apnée que pendant la dyspnée.

Le nombre de pulsations présentait une accélération très marquée durant la période d'apnée, ainsi que le montrent les tracés sphygmographiques très démonstratifs présentés. A l'auscultation dédoublement du second bruit à la base du cœur.

Les pupilles en myosis pendant l'apnée se dilataient à l'approche de la dyspnée. Pendant l'apnée, mouvements convulsifs de la face et du cou, soubresauts tendineux particulièrement localisés au membre supérieur droit. Léger retard des sensibilités. Abolition du réflexe rotulien et du réflexe plantaire pendant l'apnée et la dysnée. Troubles intellectuels légers, caractérisés par un délire intermittent se manifestant pendant la dyspnée.

A propos d'un cas d'appendicite

M. Mariau fait une communication sur l'anatomie topographique de l'appendice, et rapporte un cas d'appendicite opéré par M. Dubar.

Il montre que le péritoine pariétal, en s'infléchissant sur le cæcum, le recouvre sur toutes ses faces et le coiffe en quelque sorte ; de sorte qu'il y a en arrière une excavation de la cavité péritonéale.

Il étudie les différentes positions de l'appendice par rapport au cæcum (tantôt dans la position descendante, 41 0/0 ; tantôt latéro-interne, 26 0/0 ; tantôt latéro-externe, 17 0/0 ; tantôt enfin ascendante, 13 0/0), fait remarquer que l'appendice peut occuper sur le vivant ces différentes positions alternativement. Mais que l'on insuffle l'intestin, on voit, dans tous les cas, l'appendice prendre une direction rétro-cæcale et ascendante.

Il montre d'une façon évidente, sur une pièce sèche, que la circulation appendiculaire est indépendante de celle de l'intestin, ce qui permet d'expliquer des cas de

gangrène de l'appendice, après une compression de l'artère appendiculaire.

Il résume alors l'observation d'un malade porteur d'une appendicite, chez lequel le diagnostic fut en suspens plusieurs jours. Ce malade, sans antécédents héréditaires, avait toutefois un passé intestinal (constipation opiniâtre d'abord ; plus tard, alternatives de diarrhée et de constipation, il y a trois ans ; première attaque d'appendicite il y a dix-huit mois, durant un voyage que fit le malade dans le midi).

L'affection débuta le 25 février par de la diarrhée, des vomissements, de la douleur au creux épigastrique, s'irradiant à gauche, le foie débordait les fausses côtes. Le malade présentait le tableau clinique de la colique hépatique avec ictère.

Le 27 février, apparaît la douleur au point de Mac Burney. Le ventre est ballonné, douloureux ; il y a de la dysurie très marquée ; T. 38°8. Pouls 100. Le diagnostic appendicite s'imposait. On surveille sérieusement le malade pendant trois jours, se tenant prêt à opérer...

Le 3 mars, opération. Après incision de la paroi couche par couche, on essaie d'atteindre la collection purulente sans inciser le péritoine ; n'y parvenant point, on l'incise directement, et le pus est évacué. L'appendice est enlevé au thermocautère. Il est ulcéré, ne contient que du pus. Pas de corps étranger.

M. Mariau fait remarquer que, contrairement à l'opinion de Dieulafoy, son malade avait un passé intestinal et que les manifestations rappelant les coliques hépatiques ont masqué pendant trente-six heures la véritable affection. Il serait désireux de connaître l'opinion de ses collègues sur le moment propice à l'opération. Faut-il opérer de suite ou attendre ?

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Analyses de Mémoires français et étrangers

De l'opportunité de l'accouchement provoqué dans l'éclampsie de la grossesse, par G. Fieux (*Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pædiatrie de Bordeaux* et *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*, février-mars 1899).

En France, à l'heure actuelle, presque tous les accoucheurs se montrent opposés à la provocation de l'accouchement dans l'éclampsie de la grossesse. A l'étranger, et notamment en Allemagne, un courant paraît se produire, au contraire, en faveur de l'intervention immédiate.

Fieux conteste d'abord la valeur des statistiques de Charpentier et de Schauta, défavorables à l'intervention et qui reposent sur des faits trop anciens pour être concluants, étant donné le perfectionnement des méthodes antiseptiques et le maniement plus habile de l'anesthésie.

Les statistiques récentes, opposées les unes aux autres ne sont pas absolument démonstratives.

Zweifel, de 1887 à 1892, emploie exclusivement le traitement médical ; résultat : 32. 6 0/0 de mortalité. De 1892 à 1895, il pratique l'accouchement forcé et la mortalité tombe à 15 0/0.

Tarnier, de 1889 à 1891, en employant le traitement médical, observe une mortalité de 38 °/₀ ; de 1891 à 1896, avec le même traitement augmenté de la saignée, la mortalité tombe à 9 °/₀.

Aussi, laissant de côté ces statistiques qui montrent que la mortalité s'abaisse aussi bien entre les mains des interventionnistes que dans celles des fidèles de la thérapeutique médicale, l'auteur rappelle les cas de Dührssen et d'Halbertsma : le premier avec une série de 30 cas traités par l'extraction rapide du fœtus après larges incisions du col, sans une mort ; le second avec une série de six opérations césariennes donnant un seul cas de mort.

Tout en s'élevant contre cette thérapeutique sanglante, l'auteur conclut de ces faits que l'accouchement prématuré pratiqué sous la narcose chloroformique, ne peut qu'influencer heureusement l'état de la mère.

Une autre objection à la pratique de l'accouchement prématuré provoqué dans l'éclampsie, c'est que le fœtus en serait compromis. Mais les grossesses qui persistent un temps appréciable après l'apparition des attaques d'éclampsie sont l'infime minorité.

Varnier, sur 27 cas d'éclampsie de la grossesse, a vu le travail se déclarer 17 fois, dans les quarante-huit heures ; 3 fois, de deux à sept jours ; 6 fois, de huit jours à un mois.

Auguste Michel (Th. 1897) a réuni 64 cas dans lesquels la grossesse a persisté malgré les attaques éclamptiques ; mais ces 64 cas ont été triés sur 452 observations et encore la prolongation n'a dépassé une semaine que dans 25 cas et n'a donc été, en général, que peu utile au fœtus.

Enfin, sur les 64 observations, on trouve seulement 23 enfants *nés vivants*.

Dans la statistique de Varnier, sur vingt-sept cas, deux enfants seulement survivent ; dans celle de Tarnier, neuf enfants meurent sur treize, et dans celle de Dührssen (relative également à des cas dans lesquels le travail n'a pas suivi immédiatement les attaques d'éclampsie), cinq enfants succombent sur cinq.

La mortalité générale est donc pour ces cas de 80 0/0.

Les chiffres de Dührssen et de Halbertsma (accouchement rapide après incision du col et opération césarienne),

sont vingt-neuf enfants sur trente-deux. D'où le parallèle suivant fait par Fieux.

Accouchement lent : 80 0/0 de mortalité fœtale.

Accouchement rapide : 80 0/0 de survie fœtale.

L'auteur aborde, alors, sa statistique personnelle. Dans deux cas traités médicalement avec expectation obstétricale, il a eu deux enfants morts.

Dans cinq cas d'accouchement rapide : trois cas dans lesquels la dilatation a été faite avec les ballons et deux dans lesquels on a eu recours à la dilatation manuelle ; les cinq enfants sont nés vivants. Les conclusions que l'auteur tire de ces faits sont les suivantes :

L'accouchement prématuré est indiqué si le travail ne se déclare pas spontanément sous l'influence des attaques éclamptiques. Il y a lieu d'accélérer le travail s'il s'est spontanément déclaré et cela à quelque phase qu'on le trouve.

L'accélération du travail doit marcher de pair avec l'intégrité des organes maternels, d'où nécessité de recourir aux méthodes non sanglantes.

Les ballons ne suffisant pas toujours à procurer un accouchement suffisamment rapide, l'auteur n'hésitera pas, à l'avenir, à recourir, *sous chloroforme* et sans négliger la thérapeutique médicale actuelle, à *l'accouchement brusqué sans violence, obtenu par la dilatation manuelle progressive, manœuvre sans danger pour la mère.*

L'auteur reconnaît que ses observations sont bien peu nombreuses et qu'il se laisse peut-être influencer par une série heureuse. D'autres sont probablement du même avis, car la *Revue pratique d'obstétrique et de pœdiatrie* annonce que son prochain numéro contiendra une réponse du professeur Pinard à l'article de Fieux. Nous rendrons compte de cette réponse dès qu'elle aura été publiée.

Dr M. O.

VARIÉTÉS

Pétition des enfants à naître.

Nous, les enfants à naître, venons ici réclamer humblement nos droits à une bonne naissance.

Nous ne demandons pas de naître de parents riches, car nous le savons par la triste expérience qu'en ont faite d'autres enfants qui, comme nous, attendaient autrefois leur entrée dans la vie, les millions, sans une heure de santé parfaite pour en jouir, ne procurent que fiel et amertume. Nous ne demandons pas davantage à naître pourvus de nombreux quartiers de noblesse. Nous préférons le sang généreux au sang bleu trop vanté, caractérisé par une pauvreté notoire en corpuscules blancs. Nous n'exigeons pas des parents qui aient une hérédité exempte de toute tare et de toute tache, car nous savons une telle chose impossible à obtenir.

Il nous suffira d'avoir eu des grands-parents ayant vécu vieux et de posséder un père et une mère doués des qualités désignées par un poète post-natal, à savoir le respect de soi-même, le contrôle de soi-même, trois vertus qui à elles seules guident la vie vers le souverain pouvoir. Nous demandons à être préservés de ces pères qui, au printemps de leur vie, au lieu de semer, comme ils le devaient, la santé et la force, ont semé la maladie et la mort, leur folle avoine, comme ils disent. Nous nous refusons à naître de cellules affaiblies par les abus, les toxiques et les agents pathogéniques. Nous voulons exprimer publiquement notre horreur pour des pères, tels que celui dont parle notre ami M. Fournier et dont la femme, après trois avortements successifs, mit au monde un fœtus hydrocéphale portant, comme les trois premiers embryons, tous les stigmates de la syphilis. Nous avons horreur de sa plainte tardive s'exhalant en ces mots (1) : « *Ah! docteur, si j'avais réfléchi à ce qui m'arrive aujourd'hui, si l'on m'avait prévenu de cela, je ne me serais certes pas marié. La perspective de ce qui peut arriver à mon enfant et à sa mère est pour moi un tourment de tous les instants. Je n'en dors plus. Cette pensée empoisonne ma vie.* »

Oui, nous demandons d'être préservés de ces pères, car nous savons que leur repentir signifie peu de chose et que nous, grandissant avec les signes physiques et moraux de la honte paternelle, nous serons pour eux un objet non de pitié mais de dégoût, comme ils le sont pour nous-mêmes. Nous ne voulons pas non plus une mère qui — nous en rougissons pour elle — s'abreuve et nous empoisonne de drogues abortives au second ou au troisième mois de la gestation, pour se sauver de ce qu'elle appelle un événement désagréable et pour éviter les souffrances de l'enfantement.

Une telle conduite fait bondir notre pouls d'une sainte indignation depuis notre *foramen ovale* jusqu'aux dernières extrémités de nos villosités chorioniques. Nous avouons que nous sommes absolument incapables de comprendre l'état d'âme d'une mère commettant un tel crime (2) « *avec le cœur léger* » et qui, en d'autres circonstances, répand des flots de larmes et se tord en des accès hystériques à propos de la mort d'un bébé d'un mois ou *horribile dictu* du trépas d'un chien favori.

Plusieurs d'entre nous espèrent devenir mères aussi quelque jour, et nous ne serons pas assez illogiques, assez misérables pour agir de la sorte.

Nous ne donnerons pas la préférence à des parents tuberculeux ou prédisposés à le devenir, à ceux qui sont atteints de déformations congénitales ou qui sont frappés de cancer ou de folie, mais nous ne leur refusons pas les droits à la paternité et à la maternité, à condition que leur vie soit honnête et régulière, car nous avons foi dans la tendance du germe protoplasmatique à reprendre les voies physiologiques normales pour peu qu'ils y soient sollicités par une cause favorable. Nous pensons que le mal qui a été fait à un germe dans une génération peut être annihilé dans la suivante, chose difficile toutefois, car *facilis descensus averni, sed revocare gradum hic labor hoc opus est.*

Nous ne répudions pas absolument l'idée d'avoir des parents cousins-germains entre eux, pour autant que leur santé soit

(1 et 2) En français dans le texte anglais.

bonne, mais nous ne tenons pas du tout à être la démonstration publique de l'intensité des processus morbides résultant de leur mauvais état physique.

Finalement nous formulons cette prétention, nous revendiquons ce droit d'être engendrés par des individus qui se respectent, d'être conçus par des parents sobres et d'être soumis au développement intra-utérin dans de bonnes et saines conditions.

Extrait de « *On antenatal therapeutics* » by J. W. Ballantyne, M. D. Edinburgh.

Dr Paul ROYEN.

Après entente entre le Sénat académique de l'Université de Vienne et une Compagnie d'assurances contre les accidents, il a été décidé que, moyennant le versement d'une somme d'environ 6 fr. 20 par semestre, les étudiants, principalement ceux qui, comme les élèves en médecine, en physique et en chimie, sont exposés à subir des accidents professionnels, seraient assurés pour une indemnité quotidienne de 7 fr. 50 jusqu'à entière guérison, en cas de lésion temporaire, et d'une allocation de 30,000 fr. en cas de lésion grave et définitive. Pour que l'assuré ait droit à l'indemnité ou à l'allocation, l'accident doit s'être produit dans les locaux universitaires ou au cours d'un exercice pratique dirigé par un membre du corps enseignant de l'Université.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le prochain **Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences** doit se réunir à Boulogne-sur-Mer, le 14 septembre 1899. A la même époque l'Association britannique tiendra sa session à Douvres. Il a été décidé que les deux Sociétés se recevraient mutuellement et qu'il y aurait des séances communes des deux côtés du détroit.

L'Association française attacherait le plus grand prix à la présence et à la participation active du plus grand nombre possible de médecins, qui peuvent dès maintenant adresser au Secrétariat du Conseil, 28, rue Serpente, à Paris, le titre des communications qu'ils se proposent de faire.

HOPITAUX DE PARIS ET DE PROVINCE

Bordeaux. — Est nommé, après concours, chirurgien-adjoint des hôpitaux : M. le docteur BÉGOUIN.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs TARRAS, de Pau (Hautes-Pyrénées) ; RIVALZ, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; DANOVE, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Marcellin DUVAL, ancien directeur du service de santé de la marine ; LONGY, d'Eygurande (Corrèze) ; THOMAS, professeur de clinique médicale à Tours (Indre-et-Loire) ; UBRY, chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de Bordeaux ; LARMANDE, de Paris ; LOUVEL, médecin de la marine en retraite ; LE GARS, de Savenay (Loire-Inférieure).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

18e SEMAINE, DU 30 AVRIL AU 6 MAI 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	4
3 mois à un an	5	5
1 an à 2 ans	3	»
2 à 5 ans	2	3
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	4	1
20 à 40 ans	7	5
40 à 60 ans	12	6
60 à 80 ans	13	9
80 ans et au-dessus	2	5
Total	55	38

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Coqueluche	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	1	4
Autres	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2
Apoplexie cérébrale	1	1	1	1	»	1	1	»	1	»	»	7
Bronchite et pneumonie	»	1	1	»	»	1	1	»	4	»	»	8
Maladies organiques du cœur	1	4	»	1	1	3	2	»	»	»	»	12
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	»	2	2	1	»	2	»	»	»	»	»	7
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	»	3	1	7	3	4	»	»	2	»	1	21
Méningite tuberculeuse	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	5	1	5	2	1	6	»	1	3	1	1	26
TOTAL des DÉCÈS	7	13	13	13	5	20	4	2	11	2	3	93
NAISSANCES par Quartier	7	7	17	30	8	12	5	7	15	1	1	110

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant, Th. CLERQUIN.

Nº 123. Troisième Année, Nº 21. Le Numéro : 10 centimes. 21 Mai 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'asystolie

Par le docteur **A. Deléarde,**
agrégé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

Sous le nom d'asystolie il faut entendre, non pas comme semble l'indiquer ce mot, une suspension complète des battements cardiaques, ce qui entraînerait inévitablement la mort, mais un trouble passager dans la régularité du rythme du cœur.

L'asystolie est l'aboutissant de toutes les affections chroniques ou aiguës du cœur, de l'endocarde et de son enveloppe séreuse, le péricarde. Elle est la preuve clinique de la dégénérescence du myocarde qui, fatigué ou profondément altéré, n'arrive plus à surmonter l'obstacle à la circulation normale du sang, soit dans les cavités du cœur, soit dans les vaisseaux périphériques.

L'asystolie n'est pas fatalement mortelle et le même malade peut en présenter plusieurs attaques, mais au fur et à mesure qu'elles se répètent, elles deviennent plus graves, elles laissent après elles une atteinte plus profonde dans les altérations du myocarde dont les forces ne tardent pas à s'épuiser.

Les crises d'asystolie surviennent chez les cardiaques chroniques, la plupart du temps après un excès de fatigue ou de régime, ou encore à la suite d'émotions répétées. Dans les affections aiguës de l'appareil circulatoire elles se montrent lorsque l'infection microbienne ou l'intoxication ont provoqué des lésions parenchymateuses graves du cœur ou des vaisseaux.

La symptomatologie de l'asystolie est facile à reconnaître. Le facies cyanosé, les yeux brillants et injectés, l'asystolique se plaint surtout d'une dyspnée intense due à une congestion passive des deux poumons par troubles circulatoires, à laquelle viennent s'ajouter d'autres altérations déjà préexistantes de l'appareil respiratoire. L'expectoration est sanguinolente et peut même devenir franchement hémoptoïque. L'auscultation de la poitrine permet d'entendre des râles nombreux gros et fins occupant une plus ou moins grande étendue des poumons.

Les œdèmes, violacés, douloureux, sont variables comme intensité : ils occupent les membres inférieurs, infiltrent le scrotum, la verge ou les grandes lèvres et, dans les cas graves, gagnent la paroi abdominale et les membres supérieurs. Les grandes séreuses, le péritoine, plèvres, péricarde, méninges sont également le siège d'un épanchement. Le foie, la rate, les reins, tuméfiés et gorgés de sang sont

doublés de volume. Le pouls, quelquefois incomptable, est petit, irrégulier, intermittent ; la tension artérielle est fortement abaissée, le système artériel est presque vide de sang, le système veineux, au contraire, en renferme une grande quantité.

L'auscultation du cœur montre la même irrégularité que l'inspection du pouls. Les bruits pathologiques qui existaient précédemment peuvent être supprimés, tant les battements sont faibles et que la dilatation des cavités remplies de sang surchargé d'acide carbonique est considérable.

Le subdélirium et les hallucinations, preuves de l'œdème cérébral et de l'anoxhémie, viennent s'ajouter à cet ensemble de symptômes.

Les urines rares, sédimenteuses, hautes en couleur, renferment peu d'albumine.

Malgré ce tableau peu rassurant de l'asystolie le malade peut guérir, surtout s'il est à sa première crise et si son médecin, sagace et instruit, sait manier un médicament qui a déjà amené des guérisons inespérées.

Ce médicament est la digitale, qui est l'agent thérapeutique par excellence de l'asystolie.

On sait en effet que la digitale possède les propriétés suivantes : elle régularise les battements du cœur, agit sur les vaisseaux dont elle augmente la contractilité et relève, par ces deux moyens, la tension artérielle abaissée. La stase sanguine est ainsi supprimée, le sang reprend son cours normal et les épanchements sont peu à peu résorbés par osmose. A ce moment apparaît une troisième propriété de la digitale, l'action diurétique. C'est en faisant rentrer dans la circulation générale une certaine quantité de liquide séreux extravasé que la digitale force le rein, traversé par une masse plus considérable de liquide, à sécréter un plus grand volume d'urine. Il est donc à noter que le pouvoir diurétique de la digitale ne résulte pas de son action directe sur le rein, mais s'effectue par l'intermédiaire de la circulation.

Pour tirer de l'emploi de la digitale les effets que le médecin est en droit de lui demander, il faut se soumettre à un certain nombre de règles et se servir du médicament d'une façon judicieuse.

Avant d'exposer ces règles, rappelons rapidement les modes d'administration de la digitale.

Les semences et les feuilles de digitale sont les seules parties de la plante qui renferment le principe actif; on se sert exclusivement en pharmacie des feuilles. Celles-ci doivent être cueillies avant la floraison, en juin, puis séchées, pulvérisées et conservées, à l'abri de la lumière et de l'humidité. Elles perdent en vieillissant une grande partie de leurs propriétés. On ordonne la digitale soit sous forme d'infusion de poudre de feuilles, soit sous forme de macération à froid. L'infusion se prescrit à la dose de soixante à quatre-vingts centigrammes de poudre de feuilles que l'on fait infuser dans cent cinquante grammes d'eau, auxquels on ajoute trente grammes d'un sirop édulcorant, sirop d'écorce d'oranges amères, de violettes, ou de limon.

On peut aussi commencer par la dose de quarante centigrammes que l'on diminue chaque jour de dix centigrammes jusqu'à atteindre vingt centigrammes.

La macération à froid, plus active selon Potain, demande une préparation de douze heures, elle se donne de la même façon.

Le malade prend la potion par cuillerées à soupe ou à dessert dans les vingt-quatre heures.

De l'avis des auteurs autorisés, Potain et Huchard, c'est à la digitaline cristallisée, qui est le principe actif de la digitale, qu'il faut avoir recours dans l'asystolie. Cette préparation est toujours identique à elle-même dans sa composition et par suite dans ses effets ; elle n'expose pas aux échecs que l'on peut éprouver avec l'emploi de la feuille trop vieille et altérée. A côté des spécialités pharmaceutiques de digitaline (Digitaline de Nativelle, d'Homolle et Quévenne, de Houdé, etc.), il existe une excellente formule inscrite au Codex français, c'est la solution alcoolique de digitaline cristallisée dont cinquante gouttes renferment un milligramme de digitaline.

Cette dose est celle à employer et à administrer en une seule fois au malade en l'incorporant dans un sirop et en y ajoutant une certaine quantité d'eau.

On formule par exemple ainsi :

Solution alcoolique de digitaline cristallisée.	L gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	āā 30 grammes.
Eau.	

Potion que l'on recommande au malade de prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle.

On a reproché à la digitale son élimination lente et par suite les accidents que l'accumulation du médicament dans l'organisme peuvent amener chez un sujet, un asystolique par exemple, dont les reins sont en partie fermés. Ce reproche est fondé, mais

il est facile, en usant de certaines précautions, d'éviter l'intoxication.

Pour cela il est préférable de donner d'un seul coup une dose maxima de digitale ou de digitaline plutôt que d'avoir recours à des doses fractionnées et faibles que l'on répète chaque jour. Ainsi administrée, la digitale reprend toute sa valeur thérapeutique et les craintes des praticiens à son sujet doivent se dissiper.

A côté des échecs dus à l'insuffisance de la dose de digitale ou à l'intoxication causée par la prise prolongée du médicament, il en est d'autres que nous devons maintenant étudier et qui, très utiles à connaître, pourront être souvent évitées.

Je passe sous silence les cas où le myocarde, complètement dégénéré par des lésions anciennes de myocardite chronique, ne peut plus répondre à l'excitation de la digitale. Ces cas sont inévitablement mortels, aucun médicament n'est susceptible de rendre la force à un organe atrophié. Le collapsus cardiaque est la terminaison fatale et irrémédiable, seuls les médicaments d'urgence, injections de caféine, d'éther, sont à employer pour essayer de prolonger l'existence du malade pendant quelques heures.

A l'exemple D'HUCHARD on distingue :

A : des insuccès imputables au malade.
B : — — à la maladie.
C : — — au médecin.

A. *Insuccès imputables au malade.* — Il ne faut pas toujours conclure de l'impuissance de la digitale à l'impuissance définitive du myocarde, dit HUCHARD. Des exemples cliniques nous montreront bien l'exactitude de cette remarque.

Un malade atteint d'une affection cardiaque déjà ancienne tombe dans une attaque d'asystolie ; la digitale ordonnée selon les préceptes indiqués plus haut, reste sans effets ; la dyspnée persiste, les œdèmes ne se résorbent pas, l'asphyxie va en augmentant. Peut-on conclure que le cas est désespéré ? Non. Il faut, avant de porter ce pronostic grave, tenter une dernière intervention, car chez ce malade le cœur est forcé, ses cavités sont dilatées outre mesure par une quantité énorme de sang qui y stagne par suite des congestions périphériques et viscérales. Que faire ? Pratiquez une saignée copieuse de 250 à 300 grammes de sang et vous verrez souvent qu'après cette évacuation la digitale rétablira la fonction cardiaque, ramènera la diurèse et sauvera votre malade.

Autre exemple : un individu à la période ultime d'une cardiopathie s'est trouvé soulagé il y a quelques semaines par la digitale qui, maintenant, n'est suivie d'aucun soulagement. Vous avez remarqué que chez lui les œdèmes des membres inférieurs étaient durs, extrêmement étendus ; la peau rouge, violacée, luisante, semble devoir se fissurer sous l'influence de la distension énorme des membres. Dans ce cas l'insuccès du traitement digitalique est dû à la compression exercée sur les vaisseaux par cet œdème considérable, et en dégageant les vaisseaux vous faciliterez le travail du cœur, car vous supprimerez l'obstacle périphérique qu'il avait peine à surmonter. Pour arriver à ce résultat vous pratiquerez sur le dos de chaque pied cinq à six mouchetures après vous être entouré de tous les soins de propreté désirables (lavage au savon de la peau, lotions au sublimé, puis à l'alcool et à l'éther). Vous recommanderez à votre malade le séjour dans un fauteuil de façon à placer les jambes dans une position déclive qui facilitera l'évacuation d'une abondante sérosité. Les jambes une fois dégonflées, redonnez la digitale, vous verrez ce médicament récupérer ses effets.

Les mouchetures se pratiquent soit avec une grosse aiguille flambée, soit, ce qui me paraît préférable, avec un vaccinostyle ordinaire ou la pointe d'un bistouri stérilisé.

On enfonce l'instrument assez profondément pour atteindre le tissu sous-dermique : lorsque les plaies ont une tendance à se refermer trop vite, on fait de nouvelles mouchetures ou on élargit l'ouverture des premières. Pour empêcher l'infection et la gangrène consécutive on prend soin de laver fréquemment le dos du pied avec de l'eau boriquée tiède, autant que possible, et de ne pas le recouvrir avec des linges souillés. Au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, deux jours au plus, l'œdème a suffisamment diminué pour autoriser le malade à se coucher et, dans cette position, l'écoulement ne tarde pas à s'arrêter, les mouchetures bien soignées se ferment sans aucun accident.

Enfin chez un malade dont le foie, fortement augmenté de volume, est le siège de douleurs et retentit, par sa congestion passive énorme, sur les cavités droites du cœur qu'il distend, ne recourez pas immédiatement à la digitale. Agissez d'abord sur l'organe le plus touché, faite appliquer sur la région hépatique quelques ventouses scarifiées et administrez un pur-

gatif drastique, eau-de-vie allemande, vingt grammes, auquel vous ajouterez une dose égale de sirop de nerprun. Le foie en partie décongestionné ne gênera plus autant la circulation du cœur droit et la digitale recommandée à ce moment trouvera son emploi judicieux.

Ces trois exemples montrent combien l'observation clinique est importante dans chaque cas d'asystolie, qui diffère d'un malade à un autre par des symptômes prédominants. Tel individu présente surtout de l'ectasie cardiaque, un second de l'œdème très marqué, un troisième des congestions viscérales intenses. Pour tous le médicament est le même, la digitale est le seul remède qui leur convient, mais pour en tirer les effets désirables il faut préparer son action soit par une saignée, soit par une évacuation de sérosité ou un dérivatif intestinal.

Ces faits montrent une fois de plus que la thérapeutique rationnelle et efficace, s'appuie sur un examen approfondi des malades.

B. *Insuccès dus à la maladie.* — La digitale régularise le pouls en même temps qu'elle en augmente la tension ; sous son influence la tachycardie asystolique et les intermittences cessent peu à peu lorsque le cœur n'est pas trop profondément dégénéré. Il est des cas cependant où le rythme cardiaque reste fréquent et irrégulier malgré la digitale et quels que soient les efforts du médecin pour ramener au chiffre normal le nombre des pulsations. Ces cas doivent être connus, c'est l'examen attentif du malade qui permettra de les dépister.

Prenons un exemple clinique : un malade artério-scléreux sujet à des crises dyspnéiques présente une attaque d'asystolie accompagnée de tous les symptômes ordinaires. Sous l'action de la digitale les phénomènes s'amendent mais la dyspnée et l'irrégularité du pouls persistent. La diurèse a fait disparaître les œdèmes, les congestions passives du foie et des reins sont en partie disparues. Peut-on incriminer la digitale et la rendre responsable de cet insuccès partiel ? Nullement. Car chez un tel malade le système artériel tout entier et le cœur sont atteints ; la digitale a agi sur le myocarde, mais elle est restée impuissante devant la sclérose artérielle généralisée, cause de la dyspnée.

L'arythmie se modifiera, car elle est sous la dépendance d'une dégénérescence cardiaque.

La dyspnée n'est pas due dans le cas présent à une congestion passive des poumons, elle relève d'une néphrite et n'est que la traduction d'une dépuration urinaire insuffisante, le régime lacté absolu et le repos peuvent l'améliorer.

C. *Insuccès dus au médecin.* — Dans cette catégorie entrent les observations où le médecin donne une dose trop faible de digitale ou poursuit l'administration du médicament pendant un temps trop long.

Dans le premier cas, sous le prétexte d'éviter l'accumulation et les accidents d'intoxication qui la suivent, la digitale est ordonnée dans des proportions restreintes. Le danger de l'accumulation existe réellement mais il est facile de s'en préserver. Pour cela il suffit de donner une dose massive, un milligramme de digitaline par exemple, en une seule fois, et de ne pas répéter une nouvelle prise du médicament, si elle est jugée nécessaire, dans les quinze jours suivants.

Cette méthode est la meilleure, c'est la plus recommandable aux esprits timorés qui manient avec trop de circonspection un médicament merveilleux dont l'action, physiologiquement démontrée, se manifeste avec les mêmes effets chaque fois que son emploi est judicieux.

Enfin, les insuccès peuvent résulter d'une prolongation du traitement par la digitale. C'est ce qui arrive lorsque des doses fractionnées sont données chaque jour. Cette façon d'agir amène facilement l'intoxication dont les symptômes se rapprochent de ceux de l'asystolie. L'action exagérée de la digitale sur le cœur entraîne en effet des battements tumultueux de cet organe avec une diminution très marquée de la tension artérielle.

Il est important lorsqu'on veut obtenir de la digitale son maximum d'action, de s'abstenir d'autres médicaments qui peuvent fermer le rein, tels que l'opium, sous forme de morphine en injections sous-cutanées, la belladone, l'antipyrine, alors que la digitale est administrée pour augmenter l'activité rénale.

En résumé, quelle conduite faut-il tenir devant un cas d'asystolie ?

Le premier soin est de soumettre le malade à un examen sérieux de façon à asseoir le diagnostic sur des éléments certains, ne pas confondre, par exemple, l'asystolie avec une crise d'urémie. Puis il est indispensable de relever les particularités cliniques de l'attaque d'asystolie, de remarquer quel est le symptôme prédominant de façon à diriger son intervention de ce côté et à préparer la voie à l'agent médica-

menteux. Il est nécessaire de voir si l'œdème est abondant, si les congestions passives des viscères, foie, reins, poumons sont étendues, si la dilatation du cœur n'est pas poussée trop loin, si la sclérose de la circulation périphérique n'est pas la cause de certains signes dépendant de l'urémie. Enfin l'interrogatoire du malade permettra de connaître le nombre des attaques précédentes et leurs conditions étiologiques.

Ceci fait, on peut alors appliquer une thérapeutique rationnelle. Avant de recourir à la digitale, certains cliniciens ordonnent une purgation ; l'eau-de-vie allemande, ou des pilules de jalap et de scammonée sont habituellement employées en raison de leurs propriétés drastiques ; vingt grammes d'eau-de-vie allemande ou bien deux pilules de la formule suivante :

Résine de jalap . . . . } àâ 0 gr. 05 centigrs.
— scammonée . . . . }
Poudre de réglisse . . . . . . q. s.
pour une pilule.

Cette pratique est bonne, elle est même recommandable car elle provoque des selles liquides très abondantes. Le lendemain la digitale intervient et son meilleur mode de préparation est la digitaline cristallisée à cause de sa composition toujours uniforme et le dosage facile du principe actif. On donne un milligramme de digitaline soit en granule, soit en solution alcoolique, à prendre dans les vingt-quatre heures, sans l'associer à d'autres médicaments et sans en répéter la prise les jours suivants.

Douze ou quinze jours après, si on le juge nécessaire, une nouvelle dose de un milligramme pourra être recommandée de façon à maintenir la tonicité du cœur et à éviter le retour d'une nouvelle crise. Dans la suite, si le malade, par des soins hygiéniques et de sages précautions, ne s'expose plus aux accidents graves d'asystolie, il sera bon de le soumettre une fois par mois à la digitaline qui agira comme soutien du cœur et le préservera contre des défaillances funestes.

Pendant toute la durée de la crise d'asystolie le malade devra conserver le repos le plus complet au lit ou dans un fauteuil et suivre le régime lacté absolu. Le lait peut être coupé suivant le goût du malade avec les eaux minérales de Vichy, Vals, Saint-Galmier, Vittel, Contrexéville ou Evian. La quantité absorbée par jour peut atteindre deux litres que le patient boira par tasse d'heure en heure.

Sur un cas d'ophthalmoplégie nucléaire progressive (1)

Par le Docteur **E. Ausset**,

professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui une fillette de sept ans, Car... Cécile, entrée dans mon service le 6 avril dernier.

Nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires de cette malade. Il s'agit en effet d'une enfant assistée du département, dont le père et la mère sont inconnus. Tous les renseignements que nous avons pu obtenir nous viennent d'une femme qui l'a adoptée depuis dix-neuf mois. A cette époque elle était, paraît-il, en parfaite santé, intelligente, ayant bon caractère, et depuis lors elle avait commencé à apprendre à lire et à écrire.

Le début de la maladie qui l'amène dans nos salles remonterait à six mois. L'entourage de l'enfant s'est d'abord aperçu que les yeux commençaient à se dévier, et et qu'il y avait un peu de strabisme ; en même temps existaient de violents maux de tête et de temps à autre des épistaxis. Malgré cela l'état général restait bon et l'enfant se nourrissait très bien.

Bientôt on s'aperçut que la main droite devenait malhabile, et qu'il y avait un tremblement très manifeste à l'occasion de tous les mouvements voulus ; ainsi, au moment de porter un verre à sa bouche, l'enfant présentait un tremblement à grandes oscillations et renversait souvent une partie du contenu de son verre. En même temps la force diminuait dans ce membre supérieur droit.

Il y a environ un mois que l'on a observé que la marche devenait difficile et que le membre inférieur droit fonctionnait mal. Mais un peu avant, il y a deux mois environ, l'entourage avait remarqué que le langage devenait difficile ; la parole devenait traînante et peu nette. Il n'y aurait jamais eu de convulsions.

Ce qui vous frappe à première vue, Messieurs, quand vous examinez cette enfant, c'est son facies, si particulier qu'il attire incontestablement le premier l'attention. En effet, elle semble à moitié endormie, et, au repos, dans son lit, les paupières sont demi-tombantes, et vous avez un peu l'aspect du facies d'Hutchinson. Si vous interpellez cette malade et que vous lui dites de vous regarder, vous voyez qu'elle rejette immédiatement sa tête en arrière afin de mettre ses yeux dans la situation nécessaire à la vision.

(1) Communication à la Société centrale de Médecine du Nord, séance du 28 avril 1899.

Il existe en effet une paralysie d'un certain nombre de muscles moteurs des yeux et des paupières.

A gauche, la paupière tombe plus bas qu'à droite, elle recouvre à peu près complètement la pupille. A droite, la chute est moins accentuée, la paupière a encore quelques légers mouvements de relèvement. L'œil droit regarde à peu près en face de lui ; à gauche, la déviation est accentuée, il existe un strabisme externe de 25°.

Si vous essayez de faire mouvoir les yeux, vous vous apercevrez que les globes oculaires ont encore quelques légers mouvements latéraux, mais qu'il y a une parésie des plus manifestes, que ces mouvements latéraux sont très minimes, et s'accompagnent en tous les cas d'un peu de tremblement nystagniforme. Les mouvements d'abaissement et de relèvement des globes oculaires sont nuls, tout au plus peut-on dire qu'à droite il existe une ébauche de ces mouvements.



La pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite ; mais les réflexes lumineux et d'accommodation sont normaux. Il n'y a pas de diplopie ni de dyschromatopsie.

L'examen du fond de l'œil, pratiqué dans le service de M. le professeur de Lapersonne, nous montre un léger degré de névrite optique surtout prononcé à droite.

Il a été impossible de mesurer l'acuité visuelle, l'enfant répondant très mal.

En résumé, Messieurs, de ces signes il résulte que notre petite malade a une paralysie du moteur oculaire commun gauche et une parésie du même nerf du côté droit. La paralysie musculaire porte à gauche, surtout sur le releveur de la paupière supérieure, le droit interne, le droit supérieur, et un peu le droit inférieur. La parésie porte à droite surtout sur le releveur et le droit interne.

Mais ce n'est pas tout, et notre petite malade nous présente d'autres phénomènes intéressants à examiner.

Ne vous apercevez-vous pas que sa face est asymétrique et que si son masque physionomique est d'une façon générale très peu mobile, le côté gauche se meut très bien quand on le lui commande, mais que les muscles innervés par le facial inférieur droit sont paralysés ? En effet, le sillon naso-labial droit est totalement effacé, et la commissure gauche semble tirée en haut. Quand on fait rire cette enfant, cette asymétrie est bien plus visible, et l'on constate nettement la paralysie presque complète de tout le facial inférieur droit.

L'enfant ne sait ni siffler ni souffler.

La langue est légèrement déviée sur la droite ; il n'existe pas d'atrophie de ses muscles, et cependant l'enfant semble avoir un peu de peine à la mouvoir. D'ailleurs, lorsqu'elle mange, cette parésie linguale se manifeste nettement, les aliments ne sont pas ramenés par la langue, ils se logent entre les sillons des joues et des gencives et s'écoulent en partie au dehors. La parole n'est pas scandée, mais elle est très lente, beaucoup de syllabes sont prononcées très difficilement. Il n'y a pas la moindre aphasie, mais il existe de la dysarthrie très accentuée. Les lèvres sont saines, normales. La voix est normale, il semble ne rien y avoir du côté des muscles laryngés.

Poursuivons notre examen et voyons les membres de notre malade. Il existe une parésie très manifeste du membre supérieur droit ; constatez qu'elle ne se sert pas habituellement de ce bras, et si vous lui commandez de mettre la main droite sur la tête, elle n'y arrive que très lentement et avec beaucoup de difficulté. A gauche, ce mouvement s'exécute très bien ; vous remarquez, en outre, que dans tous les mouvements que je fais exécuter devant vous, il ne se produit pas de tremblement. Vous vous apercevrez encore mieux de cette parésie musculaire en vous faisant serrer la main, vous constaterez alors que la force de la main droite est presque nulle.

Couchée, cette enfant parvient à remuer son membre inférieur droit, quoique péniblement et très lentement. Si vous la faites marcher, vous constatez immédiatement que la démarche est incertaine, ébrieuse, titubante ; de plus, elle fauche, comme les hémiplégiques, et traîne la plante du pied droit. D'ailleurs, elle peut à peine marcher sans être soutenue, aussi recherche-t-elle surtout son lit, et vous ne la voyez presque jamais debout dans le courant de la journée.

Le réflexe patellaire est un peu exagéré à droite. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Le réflexe cutané plantaire semble aboli à droite et normal à gauche.

Il y a un très léger degré d'atrophie, peu marquée, il faut bien le dire, du côté du membre inférieur droit : le mollet droit mesure 0m205 de circonférence, le gauche 0m21 ; la cuisse droite 0m31, la cuisse gauche 0m32. Les membres supérieurs sont égaux.

La peau est un peu épaissie sur toute la surface du corps ; elle donne assez la sensation d'une peau œdémateuse.

La sensibilité générale est intacte dans tous ses modes. L'ouïe semble intacte, autant qu'il est permis de l'apprécier chez cette malade qui répond assez mal à toutes les questions ; aussi, le goût et l'odorat ont été également explorés d'une façon défectueuse.

L'enfant a peu d'appétit. D'ailleurs, comme je vous l'ai dit plus haut, elle mange difficilement, une partie des aliments ne peuvent être saisis par la langue et sont rejetés au dehors.

Tous les autres appareils sont sains. Pas d'albumine dans les urines. Bon état général.

En résumé, Messieurs, nous sommes en présence d'une petite malade chez laquelle s'est d'abord installée une paralysie de la musculature externe des globes oculaires, c'est-à-dire une ophthalmoplégie externe bilatérale, laquelle ophthalmoplégie s'est bientôt compliquée d'une parésie de la langue, de paralysie du facial inférieur droit, et d'hémiplégie droite. Tout cet ensemble symptomatique s'est constitué progressivement en moins d'une année et s'est accompagnée dès l'origine de violents maux de tête.

Il ne s'agit évidemment pas ici de phénomènes hystériques, rien ne nous autorise à songer à la névrose, et tout nous éloigne d'un tel diagnostic. Il n'y a pas non plus trace de goître exophthalmique. Donc il nous faut rechercher le siège de la lésion dont est atteinte notre malade, et nous verrons ensuite s'il nous est possible de déterminer la nature de cette lésion.

Ce qui vous a frappé, ce qui a ouvert la scène, n'est-il pas vrai, c'est la paralysie de l'oculo-moteur commun. C'est donc là que siège le mal, ou du moins qu'il a commencé son évolution.

Laissez-moi, pour une meilleure compréhension de ce que je vais vous dire, vous rappeler la disposition des noyaux de ce nerf. Vous savez que Kahler et Pick ont démontré, par la méthode anatomo-clinique, que l'origine du moteur oculaire commun est dans la colonne grise située au-dessous de l'aqueduc de Sylvius et dans la paroi du troisième ventricule, colonne formée d'une série de noyaux échelonnés, distincts les uns des autres, et destinés aux divers muscles des yeux. Dans un groupe antérieur est le centre des filets nerveux destinés à la musculature interne de l'œil, muscles de l'accommodation et de l'iris. En arrière, sous l'aqueduc de Sylvius, sont les noyaux des filets destinés aux divers muscles externes de l'œil. Tous ces noyaux sont situés à la partie supérieure de la protubérance, tout près des tubercules quadrijumeaux, des pédoncules cérébelleux supérieurs et de la couche optique. Vous savez, en outre, que le faisceau pyramidal s'épanouit dans la protubérance en plusieurs autres petits faisceaux, séparés entre eux par des fibres transversales venues pour la plupart des pédoncules cérébelleux moyens. Rappelez-vous enfin que les origines de l'oculo-moteur droit et gauche sont presque contiguës.

Eh bien, Messieurs, j'espère que dès maintenant vous pouvez deviner où siège la lésion de notre malade. Cette lésion siège surtout au niveau du noyau de l'oculo-moteur gauche, empiétant sur le noyau de droite, ce qui est, du reste, la règle, à cause de l'extrême proximité de ces deux noyaux. Ce siège de la maladie vous explique du même coup l'hémiplégie droite, puisque vous savez que le faisceau pyramidal gauche est aussi tout voisin, et ne manque presque jamais d'être atteint par les lésions qui atteignent les noyaux gris de l'oculo-moteur. S'il y a paralysie du facial inférieur, c'est que le mal occupe la région supérieure de la protubérance et qu'il siège au-dessus de l'entrecroisement des fibres cortico-bulbaires du nerf facial.

Quant à la titubation, la démarche ébrieuse, elle s'explique tout naturellement, de la même façon que l'hémiplégie, par le voisinage des pédoncules cérébelleux moyen et supérieur.

Mais, Messieurs, vous vous en souvenez, notre malade présente des troubles du côté de la langue, une glossoplégie déjà assez nette, sans atrophie musculaire encore apparente. Il faut donc que la lésion ait descendu vers le bulbe pour intéresser l'hypoglosse.

En résumé, notre enfant a une ophthalmoplégie externe, d'origine nucléaire, progressive, causée par une lésion qui, après avoir intéressé primitivement les noyaux des deux oculo-moteurs et secondairement le faisceau pyramidal gauche et les faisceaux cérébelleux moyen et supérieur, est en train de se propager vers le bulbe.

Quelle est cette lésion ? Vous vous souvenez qu'au niveau de l'œil droit on a constaté un peu de névrite optique. S'agit-il donc ici d'une méningite basilaire, localisée, soit tuberculeuse, soit syphilitique, à évolution lente, mais progressive, ce qui expliquerait l'extension aux régions avoisinantes, aux nerfs optiques dans l'espèce ?

Cela est très possible, et mérite d'être mis en grande ligne de compte. Toutefois je vous avoue que ce diagnostic ne me satisfait guère. Je m'explique mal l'évolution si lente d'une méningite, et l'intégrité absolue de l'état général, l'absence de phénomènes réactionnels cérébraux. Mais il y a plus : l'intégrité de la musculature interne de l'œil nous permet d'affirmer que l'origine est nucléaire ; si la lésion portait en dehors des origines de l'oculo-moteur, alors que toutes les fibres nerveuses sont réunies, toute la musculature interne et externe de l'œil serait paralysée.

Par ce seul fait que l'origine de la lésion est nucléaire, nous éliminons les ophthalmoplégies de cause orbitaire ou périphériques, produites par une lésion des nerfs eux-mêmes ou de leurs branches périphériques ; du reste, de telles lésions sont habituellement unilatérales, mixtes, avec une exophthalmie plus ou moins prononcée, et des phénomènes douloureux.

J'élimine également les ophthalmoplégies par intoxication et celles qui peuvent se présenter au cours du tabes. Rien dans les antécédents de cette enfant ne nous permet de telles conjectures.

S'agit-il d'une lésion dégénérative des éléments nerveux par altérations vasculaires à la suite d'un processus infectieux quelconque, ayant précédé l'apparition des phénomènes nerveux ? Je ne le crois pas, car cette enfant n'a jamais été malade depuis deux ans et il faudrait, pour admettre cette hypothèse, que nous retrouvions une maladie infectieuse aiguë à une époque assez rapprochée de l'apparition des premiers symptômes paralytiques.

Il ne nous reste plus que l'hypothèse ou d'une syphilis cérébrale chez une syphilitique héréditaire, ou d'une tuberculose (tumeur ou méningite), ou d'une tumeur (gliome, par exemple).

Rien dans les antécédents de l'enfant ne nous permet d'affirmer la syphilis héréditaire : il n'y en a aucun stigmate. Mais nous avons affaire à une enfant assistée, dont l'origine est inconnue et par suite suspecte.

Elle n'a aucune tare tuberculeuse, semble s'être toujours très bien portée. Mais cela ne peut nous faire éliminer absolument la tuberculose. On a vu des tubercules solitaires des centres nerveux sans autres lésions tuberculeuses ailleurs.

Enfin, l'idée d'une tumeur subsiste. Le développement progressif des accidents, l'envahissement du bulbe semble bien plaider en faveur d'une tumeur qui grossirait.

Quelle va être la marche de cette maladie chez notre enfant, et quel avenir lui est réservé ?

Nous avons ici affaire à une forme chronique de l'ophthalmoplégie. Mais c'est là une donnée insuffisante, car, même parmi les ophthalmoplégies chroniques, il y en a qui évoluent différemment : les unes restent stationnaires, les autres (et c'est le cas le plus fréquent) sont progressives et se compliquent de phénomènes divers.

Nous avons, de toute évidence, affaire ici à une forme progressive.

Or, ces formes progressives peuvent se compliquer de plusieurs façons : ou bien la lésion évolue, restant constamment limitée aux régions primitivement atteintes, soit qu'elle commence par atteindre les noyaux musculaires antérieurs, puis les noyaux postérieurs, soit qu'elle suive une marche inverse ; ou bien la lésion, après avoir débuté par les noyaux des muscles, descend en arrière, gagne le bulbe et touche soit les centres sécrétoires, d'où les symptômes possibles de polyurie, d'albuminurie, de glycosurie, soit les noyaux des nerfs bulbaires, d'où, par exemple, paralysie labio-glosso-laryngée.

Eh bien, Messieurs, notre malade me semble devoir être rangée dans ces derniers cas. Sa lésion semble évoluer vers le bulbe puisqu'il y a déjà de la glossoplégie ; la paralysie labio-laryngée viendra plus tard. Des faits semblables ne sont pas rares et dans la thèse de Dufour vous en trouverez relatés un certain nombre.

Dans d'autres circonstances, ce n'est pas vers le bulbe que la lésion progresse ; elle reste limitée à la protubérance, mais elle gagne d'autres noyaux nerveux, par exemple le trijumeau.

Enfin, Guinon et Parmentier ont cité des exemples remarquables, où la maladie dépassait le bulbe et gagnait la moelle.

Il peut arriver que, suivant une marche inverse, l'ophthalmoplégie ne survienne que comme complication d'une affection bulbaire ou médullaire primitive. Chez les adultes, vous verrez, par exemple, des tabétiques devenir des ophthalmoplégiques.

En somme, Messieurs, chez notre enfant, la glossoplégie semble indiquer qu'il y a un certain degré de poliencéphalite inférieure qui est venue se surajouter à la poliencéphalite supérieure du début. La lésion semble descendre, par suite le péril s'accroît, il est même menaçant. Aussi ferai-je les plus grandes réserves non seulement pour la guérison de sa maladie, mais pour sa plus ou moins grande durée. Je crains que si la phase bulbaire continue à s'accentuer, l'évolution de la maladie en soit très raccourcie, car on a vu dans ces cas la mort survenir en moins d'une année.

Etant donné que très souvent la syphilis est à l'origine de cette affection, bien que nous n'ayons aucun renseignement ni aucun indice clinique qui viennent nous éclairer, je suis d'avis d'appliquer à cette malade un traitement anti-syphilitique intensif ; c'est ce que l'on est en train de faire dans le service.

En cas d'insuccès, nous essaierons la strychnine, qui donne quelquefois des améliorations. Enfin nous aurons recours à l'électricité, à l'aide de courants très faibles, en séances très courtes, en appliquant, ainsi que le conseille Erb, le pôle positif sur l'une des paupières, et le pôle négatif sur le côté opposé de la nuque.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — MM. Charrin et Guillemonat montrent expérimentalement que la grossesse met l'organisme en état de moindre résistance.

Académie de Médecine. — Pour M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, dans des plaies pénétrantes de poitrine, il faut non seulement ne point pratiquer d'interventions, mais encore éviter au patient les moindres mouvements.

— D'après M. FRANÇOIS-FRANCK, l'acide vanadique et les composés vanadiés donnent de bons résultats dans la chlorose, l'anémie et la tuberculose.

Société de Biologie. — MM. COURMONT et DOYON ont expérimenté la méthode de BACCELLI (injections d'acide phénique) dans le traitement du tétanos. Ils n'ont obtenu aucun résultat.

Société de Thérapeutique. — Suivant M. BARDET, la dose de l'exalgine ne doit pas dépasser 30 centigrammes *pro die*. Il faut l'ordonner en cachets et non en potion.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques. — M. GUILLON forme le vœu que les morphinomanes puissent être internés jusqu'à complète guérison.

Société d'Obstétrique — M. VARNIER estime que certaines opérations sur le col peuvent être une cause de dystocie pour l'avenir. M. DOLÉRIS a pu suivre 78 cas, où la grossesse et l'accouchement se sont effectués normalement.

Analyses de Mémoires français et étrangers

A propos du phosphorisme professionnel

Dans un article précédent (*Écho médical du Nord*, 29 janvier 1899), nous avons mis en relief l'importance, au point de vue de l'hygiène professionnelle et de l'hygiène publique, de la découverte de MM. SEVÈNE et COHEN. Dans la fabrication des allumettes, ces ingénieurs ont remplacé le phosphore blanc par le sesquisulfure de phosphore, corps non toxique, et tari ainsi dans leur source les accidents du phosphorisme. Voici que dans un article suivant : Le phosphorisme professionnel (*Presse médicale*, 3 mai 1899), M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des malsaines usines de Pantin-Aubervilliers, vient de remanier complètement les notions classiques sur le phosphorisme professionnel. Il réduit la part scientifiquement établie de l'intoxication phosphorée à la nécrose et comme accidents généraux à l odeur alliacée particulière de l'haleine et des urines, à l'anémie peu grave mais assez fréquente surtout chez les femmes, à l'albuminurie peut-être, mais avec cette restriction qu'elle ne s'accompagne presque jamais des autres symptômes du mal de BRIGHT.

D'après M. COURTOIS-SUFFIT, tout le reste des prétendus accidents occasionnés par l'intoxication phosphorée serait imputable à l'intoxication alcoolique, à la fatigue, à une hygiène défectueuse, bref, à toutes les causes banales qui augmentent la morbidité dans la population ouvrière, particulièrement dans l'industrie. Il est juste d'ajouter que les travaux de M. COURTOIS-SUFFIT ne font que corroborer une opinion émise déjà et appuyée de recherches très consciencieuses par M. ARNAUD, médecin des usines de Marseille.

Des travaux de ces deux auteurs il résulte que l'on a certainement exagéré la fréquence de la nécrose, et qu'en tous cas cet accident est justiciable d'une prophylaxie puissante ; le coefficient de déminéralisation n'est pas surélevé chez les ouvriers des fabriques d'allumettes, et les fractures ne sont pas plus fréquentes chez eux ; l'avortement ne se rencontre pas d'une façon plus exagérée chez les femmes ; enfin la mortalité infantile n'est pas plus grande que dans le reste de la population ouvrière.

On voit, après ces recherches de MM. ARNAUD et COURTOIS-SUFFIT, qu'il reste peu de chose de l'ancienne symptomatologie de l'intoxication phosphorée telle qu'elle avait été échafaudée, en particulier par MAGITOT. Aussi avons-nous voulu appeler l'attention de nos lecteurs sur ce travail important. Il semble en être du phosphorisme professionnel comme de beaucoup d'autres maladies dites professionnelles, dont l'histoire n'est edifiée que sur des observations incomplètes et des généralisations trop hâtives. Nous aurons quelque jour l'occasion de revenir sur ce point. H. S.

VARIÉTÉS

La Chirurgie masquée, gantée, rasée... et constipée (*Fin de Siècle*).

« Mon cher Directeur,

« Je lis avec grand intérêt le compte rendu de la Société de Chirurgie, toujours clair et bien mis au point dans votre journal. C'est une des sociétés savantes dont les séances offrent, pour nous autres praticiens, un attrait tout particulier. Ne pouvant plus suivre de près les incessants progrès de la chirurgie, nous nous tenons au courant par les publications si vivantes des maîtres de l'art chirurgical.

C'est avec un grand plaisir que nous avions vu la technique opératoire se simplifier de jour en jour, les mille précautions si nécessaires pour assurer la propreté, devenir moins complexes, plus abordables pour nous autres. On avait rejeté, comme inutiles, ces nuages phéniqués obscurcissant tout et au milieu desquels tout bon opérateur qui se respectait se faisait un devoir d'opérer, ces véritables inondations de plaies opératoires par des liquides prétendus antiseptiques. Les salles d'opérations étaient transformées en arsenal de tuyauteries, avec conduits, réservoirs, robinets. Du liquide partout, et de toutes les couleurs, le chirurgien en bottes ou en sabots ressemblait de loin à un égoutier barbottant dans le ruisseau. Ces pratiques qui nous venaient d'Allemagne n'avaient fait qu'effleurer quelques chirurgiens et ont vite disparu. Depuis quelques années tout paraissait revenir à une simplicité de meilleur aloi, une étuve, un autoclave, souvent même une simple ébullition, des linges stérilisés, de l'eau stérilisée, plus d'acide phénique, plus de sublimé, plus d'iodoforme, des salles d'opérations blanches et presque nues. C'était l'âge d'or qui apparaissait.

Mais, si j'en crois vos comptes rendus, il va falloir en rabattre et la chirurgie du XX[e] siècle me paraît ne devoir pas briller par la simplicité. J'avais déjà lu, avec étonnement qu'un chirurgien ne devait plus opérer qu'avec un masque interposant entre lui et le champ opératoire une barrière infranchissable aux microbes. Deux orifices pour les yeux et c'était tout, le véritable masque des Touaregs ! Aujourd'hui que la photographie fixe instantanément les actes les plus fugitifs de l'existence, vous seriez bien aimable, mon cher Directeur, d'offrir à vos lecteurs la

reproduction des chirurgiens masqués opérant, de complicité, avec leurs aides également masqués ! Sans doute, il y a là un sujet intéressant pour nos revuistes de fin d'année.

Je pensais que ce n'était là qu'une boutade d'un chirurgien exagérant les précautions ; mais, il semble que non, le vent est décidément à l'imitation servile de l'Allemagne et, dans votre dernier compte rendu de la Société de Chirurgie, je vois non seulement que le chirurgien doit être masqué, mais encore qu'il doit être ganté de frais, qu'il doit se faire nettoyer la bouche (ce qui est sage et propre), plomber les dents, porter les cheveux courts, s'asepsier la barbe par des lavages antiseptiques fréquents, etc., etc.

Où allons-nous ? Quel sera le chirurgien type que nous montrerons aux étrangers venus pour nous visiter en 1900 ? Je le vois d'ici, lavé brossé, rasé, épilé, enfermé dans une chambre à air stérilisé, cherchant à rendre aussi rares que possible les diverses fonctions naturelles, pour pouvoir être toujours en état d'imminence opératoire.

En somme, pourquoi toutes ces précautions nouvelles ? On nous disait de toutes parts que la chirurgie n'avait plus de mortalité, que la suppuration n'existait plus ; et tout était pour le mieux dans le meilleur des mondes chirurgicaux. Ce n'était donc pas exact !

Je le regrette, car ce chirurgien du dernier bateau, avec sa figure glabre de cabot, son masque de Tourgui, ce constipé volontaire prêtera un tant soit peu à rire. N'est-ce pas votre avis, Monsieur le Directeur, et ne croyez-vous pas comme moi, comme nous tous praticiens, que la chirurgie courante n'a pas besoin de se hérisser de toutes ces difficultés ?

J'ai fait, avant de quitter Paris, un travail sur la cure radicale des hernies, opération qui a servi de type lors de cette fameuse communication à la Société de Chirurgie. J'ai connu bien des services, suivi bien des malades opérés, et j'ai vu une différence notable dans les résultats immédiats. Pour nombre de chirurgiens pas de complication, pas de suppuration, l'élimination des fils nulle ou rarissime; chez d'autres, au contraire, toujours il y avait quelque anicroche, un point rouge, quelques gouttes de pus, de la lymphangite légère autour de la plaie, des fils qui s'éliminaient, avec issue d'un liquide qu'on qualifiait d'aseptique, bref, une série de petites complications bien évidemment d'origine septique. Je n'ai pas et n'aurai jamais l'expérience ni l'autorité de mes maîtres, mais, inconnu et sans notoriété, n'ayant même jamais coiffé la calotte d'interne, j'ai pu, obscur et inaperçu, aller, venir, observer, prendre des notes et comparer. Or, le fruit de mes observations est celui-ci, c'est que les meilleurs résultats, ceux qui sont le plus constamment obtenus, appartiennent à des chirurgiens qui opèrent bien et simplement, plutôt vite que lentement, sans compliquer leurs précautions de véritables chinoiseries. Chez eux, la chirurgie paraît simple, il semble que chacun n'a qu'à prendre le bistouri pour faire comme eux. Chez les autres, à l'esprit tatillon et pointu, aux mille minuties, que mes yeux de profane ne me faisaient pas toujours comprendre, les résultats n'étaient pas toujours aussi bons, et, avec plus de parade, plus de mise en scène, il y avait moins de succès parfaits que dans le service modeste et bon enfant d'à côté.

Voici, cher Directeur, les réflexions que m'ont suggérées les comptes rendus des dernières séances de la Société de Chirurgie. Je suis peut-être dans l'erreur ; l'avenir nous l'apprendra. Nous avions déjà les chirurgiens radicaux ou opportunistes (pour le traitement de l'appendicite s'entend !) Nous allons maintenant les diviser en masqués ou non masqués, gantés ou non gantés. Pourvu que le désir de faire toujours de plus en plus fort ne hante pas ceux qui n'ont encore rien dit ; s'il en est ainsi, je tremble en songeant aux précautions qu'on nous forcera à prendre au siècle qui vient.

Le public est prévenu, et les médecins n'ont qu'à bien se tenir. Vienne une complication d'ordre septique pour une plaie ou un accouchement, et l'on traînera devant les tribunaux le malheureux qui ne s'est pas masqué, qui a négligé le gant ou qui, le matin, avant de faire ses visites...; mais je m'arrête, cher Directeur, j'ai trop abusé de l'hospitalité de votre estimable journal, j'ai déjà trop parlé. Nous autres, provinciaux, nous n'écrivons pas souvent ; aussi, faute d'habitude, nous ne savons nous arrêter. La *Gazette* est en trop bonnes relations avec nous pour ne pas nous comprendre et nous excuser. »

(Gazette des Hôpitaux).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Assistance médicale gratuite. Délivrance des médicaments par les médecins.

L'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite a soulevé, dans le courant de l'année dernière, une question sur laquelle le Conseil d'État, appelé à statuer, a proposé une solution dont certains de nos lecteurs pourront, le cas échéant, faire leur profit.

Dans une commune du département de Maine-et-Loire, les deux pharmaciens, bien qu'ayant donné leur adhésion au tarif départemental, s'étaient refusés à remplir, pour 1898, les ordonnances délivrées par les médecins du service de l'assistance médicale gratuite. Le préfet en référa au Ministre de l'intérieur, avec la proposition de confier aux médecins le soin de préparer les médicaments ordonnés et de les fournir, au moins dans les cas urgents qui ne permettraient pas aux assistés d'aller s'approvisionner chez les pharmaciens de la ville la plus proche. C'est sur la légitimité de ce procédé que furent consultés successivement le Comité de direction des services de l'hygiène et le Conseil d'État.

Le Comité de direction des services de l'hygiène rappela qu'aux termes de la loi du 21 germinal an XI, qui n'a pas été modifiée sur ce point, les médecins ne peuvent fournir des médicaments que dans les communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte. Il en concluait que si des médecins délivraient des médicaments aux malades de la commune en cause, ces médecins s'exposeraient à des poursuites qui auraient d'autant plus de chance d'être suivies de condamnation que le refus des pharmaciens, en l'espèce, n'était pas absolu, étant uniquement motivé par l'insuffisance des prix portés au tarif.

Or, la loi du 21 germinal an XI ne permet pas de soumettre les pharmaciens à un tarif obligatoire.

La conclusion du comité de direction des services de l'hygiène n'avait pas fait faire un pas à la question. Aussi

le ministre, désireux de pourvoir à la bonne exécution du service de l'assistance médicale, en assurant la fourniture des médicaments aux personnes appelées à bénéficier de la loi du 15 juillet 1893, se demanda si, en présence d'une disposition légale nouvelle, la vieille loi de l'an XI ne comportait pas un tempérament. Et il soumit la question au Conseil d'État : « Ne serait-il pas possible, disait-il, de prétendre que le refus opposé par un pharmacien, en semblable circonstance, de fournir des remèdes aux conditions du tarif réglementaire, équivaut en effet à l'absence de pharmacien ; que celui ci, se dérobant à son rôle, perd tout droit à se prévaloir d'un monopole et autorise le médecin à agir comme s'il n'existait pas de pharmacien dans la localité ?

Il convient, en effet, qu'admettre une autre opinion, ce serait reconnaître aux pharmaciens la possibilité de mettre en péril la santé publique, d'une part en exigeant un prix exhorbitant de leurs remèdes, de l'autre en se retranchant derrière leur monopole pour empêcher les médecins de procurer aux malades les médicaments que ces médecins jugeraient nécessaires. »

Voici maintenant l'avis délibéré et adopté par le Conseil d'État, dans ses séances des 7 et 13 juillet 1898.

Le Conseil d'État : — Considérant qu'aux termes de l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893 tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement l'assistance médicale ; — Que, pour réaliser l'effet de cette disposition impérative, l'art. 4 de cette loi a donné aux Conseils généraux des départements la mission d'organiser le service de l'assistance médicale, et, par conséquent, prévu le concours des personnes exerçant l'art de guérir, notamment des médecins qui visitent les malades assistés et instituent leur traitement, et des pharmaciens qui préparent et délivrent les médicaments prescrits par ces médecins ; — Que, dans le cas où il n'existerait pas, dans la commune d'un malade assisté, de pharmacien consentant à donner son concours aux conditions établies en application de l'art. 4 de la loi précitée, il appartient au médecin, pour éviter que cette loi ne soit mise en échec, de remplir seul la tâche de l'assistance médicale ; — Que, dès lors, cette situation exceptionnelle peut être considérée comme plaçant le médecin dans le cas prévu par l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI ; — Est d'avis : de répondre dans le sens des observations qui précèdent.

Conclusion pratique : contrairement aux craintes exprimées par le comité de direction des services de l'hygiène, les médecins peuvent légalement, — dans le cas où des pharmaciens refusent de délivrer, pour le service de l'assistance médicale gratuite, des médicaments aux prix portés au tarif départemental, — distribuer eux-mêmes les médicaments aux malades de l'assistance gratuite auxquels ils donnent des soins. Ils ne commettront, de ce chef, aucune infraction aux prohibitions de la loi du 21 germinal an XI, et le prix des médicaments par eux fournis leur sera remboursé conformément au tarif.

J. Jacquey.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Au cours de sa 44e réunion, tenue le 5 mai, l'**Association de la Presse Médicale Française** a élu membre de l'Association notre rédacteur en chef, le docteur Combemale. Par cette nomination, l'*Echo Médical du Nord* fait désormais partie de la grande famille de la Presse médicale française : ces lettres de naturalisation nous rendent fiers de l'œuvre entreprise.

— **Le Congrès Français de Médecine**, qui doit tenir sa 5me session à Lille le 28 juillet prochain et jours suivants, s'annonce comme très brillant. Les adhésions de nos confrères belges et des médecins de la région parviennent chaque jour au secrétariat général.

Nos lecteurs se souviennent que les rapports sur les *Myocardites* ont été confiés à MM. Huchard et Renaut (de Lyon) ; ceux sur les *Adénies* et *Leucémies* à MM. Denys (de Louvain) et Sabrazès (de Bordeaux) ; ceux sur l'*Accoutumance aux Médicaments* à MM. Simon (de Nancy) et Heymans (de Gand). Des communications sur des sujets divers sont déjà annoncées.

Les réceptions et fêtes à l'occasion du Congrès sont arrêtées dans leurs grandes lignes ; le programme, toutefois, n'est pas encore fixé *ne varietur*, mais nous pouvons annoncer à nos lecteurs que la séance d'inauguration du Congrès sera accompagnée d'une réception offerte le même soir par le Comité d'honneur ; un banquet par souscription occupera la seconde soirée. Le troisième jour, une excursion avec déjeuner à l'établissement thermal de Saint-Amand, offert par l'administration, reposera les congressistes des travaux sérieux des jours précédents ; et le soir, l'Administration municipale recevra les adhérents en soirée de gala. Les quatrième et cinquième jours seront réservés aux réceptions particulières.

La question des transports à demi-tarif sur toutes les lignes de chemin de fer occupe en ce moment le Comité d'organisation, qui espère bien obtenir la réduction habituelle pour les adhérents au Congrès.

SOUTENANCE DE THÈSES

M. P. Petcovitch, de Roustchouck (Bulgarie), a soutenu, le samedi 13 mai, sa thèse de doctorat (5me série, nº 122), intitulée : **La Psittacose.**

Mlle D. Bernson, de Brest Litewski (Russie), a subi avec succès, le samedi 20 mai, sa thèse de doctorat (5me série, nº 124), intitulée : **Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches (Etude d'hygiène sociale).**

Nous relevons, dans la dernière décision ministérielle, en date du 4 mai, les **mutations suivantes concernant le corps de santé militaire** de la région :

M. le médecin-major de 1re classe Berthier, du 110e, à Dunkerque, est désigné pour l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains. Ce n'est pas sans regrets que nous voyons s'éloigner de nous le docteur Berthier, qui donna naguère à notre journal deux articles si remarqués. Nous comptons quand même sur la collaboration future de notre distingué confrère.

MM. les médecins majors de 2e classe Lebastard, affecté au 110e d'infanterie, à Dunkerque ; Gilliard et Lejeune, au 43e d'infanterie, à Lille ; Goumy, au 1er d'infanterie, à Cambrai ; Millière, au 8e d'infanterie, à Saint-Omer.

M. le médecin-major de 2e classe Raoult-Deslongchamps quitte le 43e d'infanterie, à Lille, pour le 35e, à Belfort.

— Aux termes d'une instruction de M. le Ministre de la Marine, en date du 19 janvier 1899, les **candidats pour l'admission en 1899 dans les écoles annexes de médecine navale** établies dans les ports militaires de Brest, Rochefort et Toulon, devront se faire inscrire, du 15 septembre au 1er octobre, à la Préfecture du département où est établi le domicile de leur famille ou de celui où ils poursuivent leurs études.

Les **candidats à l'Ecole principale du service de santé de la marine** à Bordeaux, doivent réclamer leur inscription au Ministère de la Marine avant le 15 juillet. Les demandes de bourses doivent être déposées, avant le 1er septembre, à la Préfecture du département où réside la famille.

Les familles intéressées peuvent prendre connaissance de l'instruction ministérielle au Bureau militaire de la Préfecture.

— Aux termes d'une instruction de M. le Ministre de la Guerre, en date du 15 février 1899, les **candidats à l'Ecole du service de santé militaire**, pour l'année 1899, devront se faire inscrire *avant le 27 mai au soir ;* s'ils sont civils, *à la Préfecture du département où ils font leurs études*, et, s'ils sont militaires, *à la Préfecture du département dans lequel ils sont en garnison.*

Les épreuves écrites auront lieu le 22 juin, à huit heures du matin ; en ce qui concerne notre région, à Amiens, Lille, Reims ; et les épreuves orales : à Paris (Val-de-Grâce), le 1er août ; à Lille (Hôpital Militaire), le 7 août.

Un exemplaire de l'Instruction ministérielle pour l'admission à l'Ecole, contenant le programme des examens, se trouve déposé à la Préfecture (Bureau militaire) et dans chaque Sous-Préfecture, où les intéressés pourront en prendre connaissance.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Caradec, de Toulon (Var) ; Chazottes, de Lespignan (Aude) ; Cros, de Montpellier (Hérault) ; Delamotte, de La Fère (Aisne) ; Duroziez, de Paris ; Vaucher, de Paris ; Ferry, de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Friedel, membre de l'Institut, professeur de chimie organique à la Sorbonne ; Manceau, du Mans (Sarthe) ; Mouchoux, de Pré-Saint-Gervais (Seine) ; Toubin, de Salins (Jura) ; Laforest, de Choisy-le-Roy (Seine) ; Varaichon, conseiller général de Maine-et-Loire.

Le docteur Assaki, ancien agrégé d'anatomie et de physiologie et chargé de ce cours à la Faculté de Médecine de Lille, directeur de l'Institut de gynécologie de Bucarest, vient de succomber, à l'âge de 45 ans, dans cette ville. Le talent de notre collègue lui avait valu durant son court passage parmi nous des sympathies, que n'avaient pas effacées ses inconstances de caractère, non plus que les moyens employés pour atteindre les buts divers qu'il poursuivait. La Faculté de médecine de la capitale roumaine en avait fait son professeur de clinique chirurgicale, et notre collègue contribuait puissamment au renom qu'elle a acquis.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

19e semaine, du 7 au 13 Mai 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	6
3 mois à un an	8	13
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	2	3
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	4	8
40 à 60 ans	10	5
60 à 80 ans	7	14
80 ans et au-dessus	2	2
Total	49	56

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	4	7	12
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	1	»	»	4	»	»	»	»	3	2	»	»	»	»	6	16	5
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	4	»	»	»	»	»	»	1	»	6	15	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	3	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	5	15	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	6	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	8	18	13
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	5	9	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	2	1	»	»	»	»	4	10	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	4
Total	»	»	»	»	»	3	»	3	22	6	10	»	»	12	3	»	1	1	»	44	105	130

N° 124. Troisième Année, N° 22. Le Numéro : 10 centimes. 28 Mai 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein

Par le docteur **Carlier**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Il n'est pas sans intérêt de suivre l'évolution qui s'est faite, depuis dix ans, dans l'esprit des chirurgiens français, sur la conduite à tenir dans les cas de tumeurs malignes du rein. Si l'on se reporte à la consciencieuse thèse de GUILLET, parue en 1888, on y peut lire que les indications de la néphrectomie pour tumeur du rein sont restreintes, que l'opération *pourra* être indiquée lorsque le diagnostic aura été établi d'une façon précoce, ce qui est difficile, ou lorsqu'à une époque plus avancée, le chirurgien se trouvera en face d'une tumeur à marche lente survenue chez un adulte vigoureux. Chez l'enfant, ajoutait GUILLET, la néphrectomie sera réservée à des cas particulièrement favorables ; chez le vieillard, elle devra être rejetée d'une façon générale.

Et GUILLET avait retrouvé 28 cas de néphrectomies pour carcinome du rein, avec 21 morts et 7 guérisons, mais celles-ci se maintenaient depuis trop peu de temps pour qu'elles puissent contrebalancer cette effrayante mortalité opératoire. Si j'ajoute que GUILLET, interne du professeur GUYON, avait fait sa thèse sous l'inspiration de son maître, et que ses conclusions étaient analogues à celles formulées alors par MORRIS, BILLROTH, GROSS, BRODEUR, etc., en un mot par tous ceux qui s'étaient occupés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein, on comprendra aisément que son travail n'était point fait pour enhardir les chirurgiens d'alors dans la cure du cancer du rein.

Trois ans plus tard, en 1891, parut la thèse de CHEVALIER, également inspirée par le professeur GUYON. Le cystoscope était connu en France et aidait puissamment les chirurgiens dans le diagnostic précoce de certaines lésions vésicales ou rénales. Grâce à la cystoscopie il était possible, lors d'une hématurie rénale, de découvrir quel était le rein qui saignait sans devoir attendre, pour se prononcer, une augmentation de volume de l'organe perceptible au palper. C'était un progrès, mais tout relatif, car l'hématurie est loin d'être un symptôme fréquent du début du cancer du rein et chacun sait qu'on l'observe peu chez l'enfant. Aussi l'appréciation de CHEVALIER sur la néphrectomie pour tumeurs malignes du rein

resta-t-elle aussi sévère que celle émise par GUILLET trois ans auparavant, tout au moins « pour la néphrectomie telle qu'on la pratiquait jusqu'alors ». Mais, ajoutait CHEVALIER, combien l'opération perdrait de sa gravité si, par un diagnostic précoce, on attaquait le néoplasme à son début !

Saisir le néoplasme à son début, c'est là l'idée dominante de la thèse de CHEVALIER. Malheureusement, beaucoup de tumeurs évoluent silencieusement à leur début chez l'adulte et plus encore chez l'enfant, ce qui fit dire à CHEVALIER que la néphrectomie devait être rejetée dans le jeune âge, et que l'adulte ne pouvait bénéficier d'une intervention que s'il était au début de son cancer.

C'était aller à reculons, puisque GUILLET ne déconseillait pas la néphrectomie chez l'enfant dans certains cas favorables, et qu'il autorisait l'intervention chez l'adulte, même porteur d'une tumeur du rein, mais d'une tumeur à marche lente et n'ayant pas encore altéré l'état général.

Ce pessimisme des conclusions de la thèse de CHEVALIER fut partagé pendant longtemps par la plupart des chirurgiens français. Au sixième Congrès français de Chirurgie, en 1896, faisant allusion au traitement du cancer du rein, ALBARRAN, dont l'opinion n'était que le reflet de celle du professeur GUYON, énonçait que « la néphrectomie ne lui paraissait indiquée que dans les cas de tumeur bien limitée, lorsqu'on ne trouve pas d'adhérences et qu'on peut s'assurer qu'il n'y a pas de propagation ganglionnaire. Dans d'autres conditions, la mortalité opératoire est considérable et la survie du malade, s'il échappe aux dangers de l'opération, lui paraissait moindre que si on n'intervient pas ».

L'année suivante, en 1897, M. LEGUEU, ancien chef de clinique du professeur GUYON, communiquait à la *Presse Médicale* et à l'Association française d'Urologie le résultat de ses recherches sur l'origine du varicocèle symptomatique des tumeurs du rein. Deux autopsies lui avaient démontré, d'une façon péremptoire, que ce varicocèle reconnaît pour cause la production d'adénopathies cancéreuses qui englobaient la veine rénale et la terminaison de la veine spermatique. Et cependant, dans un de ces cas, il s'agissait d'un simple noyau cancéreux, inclus dans le parenchyme du rein, et débordant à peine de quelques millimètres sur son bord convexe. Il n'en existait pas moins des masses ganglionnaires énormes, du volume des deux poings, disséminées au long du hile du rein et près de la colonne vertébrale. M. LEGUEU en déduisait que, lorsque sur un malade porteur d'un néoplasme rénal, on reconnaît un varicocèle récent, on peut conclure qu'à la tumeur se surajoute déjà une propagation ganglionnaire, et que *le néoplasme a déjà dépassé les limites de la curabilité* ; qu'il faut donc en rabattre des espérances qu'on était en droit de fonder sur une intervention précoce et hâtive. La néphrectomie seule devient dès lors une méthode inefficace ; il faut y joindre la recherche et l'extirpation des ganglions dégénérés, ou considérer la tumeur comme inopérable (1).

Bien qu'on fût généralement peu interventionniste en France, les recherches de M. LEGUEU étaient plutôt décourageantes encore. Et cependant elles ne commandaient qu'un manuel opératoire plus complet, mais assurément délicat, le curage de la dangereuse région voisine du hile du rein. Par contre elles étaient un argument de plus en faveur de l'abstention qui semblait justifiée par les trois raisons suivantes : l'effrayante mortalité de la néphrectomie (62 p. 100, CHEVALIER, TUFFIER), le développement souvent précoce de l'adénopathie, enfin et surtout la *marche lente* du cancer du rein.

Le cancer du rein évolue en effet plus lentement qu'on ne croit en général. M. GUYON m'a montré, en 1897, un malade de son service, qui était atteint depuis cinq ans d'un cancer du rein et dont l'état de santé était satisfaisant. J'ai moi-même rapporté, la même année, à l'Association française d'Urologie et dans la thèse de mon élève, le regretté Dr BIGOT (2), l'observation d'un malade qui est à la douzième année d'un cancer du rein gauche et dont l'état général reste excellent. Ce malade, qui a aujourd'hui 67 ans, avait été vu en 1889 par M. GUYON ; je l'ai revu tout récemment encore, en décembre 1898. Son rein est volumineux, bosselé, mais peu douloureux, et le malade n'a d'autres accidents à déplorer que l'apparition d'hématuries parfois violentes dont il s'est toujours jusqu'ici rapidement rétabli.

Et ce n'est pas là un cas isolé, il en existe d'autres bien connus, comme ceux de WOLCOTT LANGSTAFF (6 ans), JACCOUD (7 ans), ROBIN, FOURNIER (12 ans).

(1) *Association française d'Urologie*, octobre 1897.

(2) BIGOT. — *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein*. Thèse de Lille, 1898.

WALDEYER, YERJYKOWSKI (17 ans), etc. Dans tous ces cas, l'abstention peut avantageusement soutenir toute comparaison avec la néphrectomie.

La thèse de M. HERESCO, ancien interne du professeur GUYON, thèse qui vient de paraître et que son auteur a eu l'obligeance de m'adresser (1), cherche à créer un revirement de l'opinion des chirurgiens français en faveur du traitement opératoire du cancer du rein.

C'est à l'étranger que l'auteur est allé chercher ses arguments, aussi fait-il les honneurs des premières pages de son travail à deux observations du professeur KRŒNLEIN, de Zurich, et du professeur ISRAËL, de Berlin, qui semblent bien montrer que l'intervention chirurgicale peut amener une guérison complète. La survie est, en effet, de treize ans dans le cas de KRŒNLEIN, de onze ans dans celui d'ISRAËL. Certes ce sont là des résultats qui plaident en faveur de la curabilité du cancer, et M. HERESCO les sert de suite comme premier attrait à ses lecteurs, mais j'ai dit plus haut qu'un cancer du rein non opéré pouvait durer treize ans ; voyons donc les raisons mises en avant par l'auteur pour inciter les chirurgiens français à l'intervention.

M. HERESCO a dressé une statistique nouvelle. Celle de CHEVALIER s'arrêtait à l'année 1890 ; M. HERESCO a réuni toutes les observations de néphrectomie pratiquées depuis 1890 jusqu'en 1898 ; or, tandis que CHEVALIER était arrivé à une mortalité opératoire de 62 0/0, M. HERESCO arrive, avec ses cas récents, à 20 0/0 de mortalité. Ceci concerne l'adulte, mais ce serait mieux encore, paraît-il, dans l'enfance, puisque la mortalité y tombe à 17 0/0, au lieu des 40 0/0 pour les cas opérés avant 1890 !

La mortalité opératoire serait donc moindre chez l'enfant : celui-ci, tout comme l'adulte, sinon plus que lui, supporte l'intervention ; il la supporte même si bien que M. HERESCO, d'accord en cela avec l'opinion récemment émise par ALBARRAN au chapitre « Rein », dans le nouveau *Traité des maladies de l'enfance*, affirme que l'opération doit être recommandée dans le jeune âge. Que nous voilà loin déjà des conclusions de GROSS, de FISCHER et de CHEVALIER, qui blâmaient la néphrectomie chez l'enfant !

Je n'émets assurément aucun doute sur les chiffres obtenus par M. HERESCO. Il en est, en effet, de la néphrectomie comme de bien d'autres opérations. Son manuel opératoire est aujourd'hui mieux connu et sa technique s'est bien perfectionnée depuis dix ans. Ses indications ont elles-mêmes évolué. Les chirurgiens s'attaquent de moins en moins aux tumeurs volumineuses et adhérentes, et pratiquent, dans la mesure du possible, des opérations précoces qui s'adressent à des tumeurs jeunes et facilement énucléables. Il en résulte naturellement un abaissement du taux de la mortalité opératoire.

Mais ce qui me paraît surtout rendre si favorable la statistique de M. HERESCO, c'est que, sur les 165 cas de néphrectomies qu'il a rassemblés, il en est 14 qui concernent des adénomes et 17 des strumæ supra-rénales. Or, jusqu'ici nous avions l'habitude de considérer ces tumeurs comme des néoplasmes bénins. Je sais bien qu'il est actuellement impossible de distinguer cliniquement les tumeurs bénignes du rein d'avec les tumeurs malignes, mais il n'en reste moins que M. HÉRESCO a fait bénéficier sa statistique globale de ces 31 cas où les résultats ont été relativement favorables. Voyons maintenant les résultats éloignés de l'intervention.

L'auteur admet presque en principe que, lorsqu'il y a récidive, celle-ci survient dans les premiers mois consécutifs à l'opération, rarement après un an. De sorte qu'un opéré dont le cancer du rein n'a pas récidivé après deux ans, a les plus grandes chances de rester guéri d'une façon sinon radicale, tout au moins durable. J'ai déjà cité deux cas d'ISRAEL et de KRŒNLEIN, ce sont certes les plus probants, mais M. HERESCO en rapporte une série d'autres où la récidive n'était pas encore survenue après un temps variable de deux à six ans. C'est là un résultat d'autant plus appréciable que, si l'on se reporte aux statistiques antérieures à 1890, on trouverait avec quelque peine deux ou trois opérés qui ont survécu plus d'un an à l'intervention (HERESCO).

Ainsi donc, abaissement considérable de près du triple de la mortalité opératoire globale qui, de 60 0/0, est tombée à 20 0/0 ; survie souvent considérable après l'intervention, voilà ce qui ressort de la minutieuse enquête à laquelle s'est livré M. HERESCO. Un troisième point ressort de son étude, c'est la nécessité de faire un *diagnostic précoce*. C'est là qu'est l'avenir de la chirurgie rénale pour les cas qui nous occupent ici, et il était tout indiqué que l'auteur consacrât quelques pages de

(1) HERESCO. Thèse Paris, 1899.

son travail à l'analyse minutieuse des modes de début des tumeurs du rein et à la description des nouveaux moyens d'investigation dont s'est enrichie depuis quelques années la chirurgie urinaire.

Pour ne point sortir du cadre de cette étude, je ne ferai que mentionner la phonendoscopie, la radiographie, et l'épreuve du bleu de méthylène, mais il faut attacher plus d'importance à la cystoscopie et au cathétérisme des uretères. Grâce au cystoscope, il nous est possible, lors d'une hématurie, de préciser son origine vésicale ou rénale et, dans ce dernier cas, de spécifier quel est le rein qui saigne. Quant au cathétérisme des uretères, il nous renseigne sur la valeur fonctionnelle du rein supposé sain et jusqu'à quel point nous pouvons escompter sa suppléance après l'intervention.

Malheureusement l'hématurie n'est un symptôme précoce que dans une moitié seulement des cas observés chez l'adulte, et elle est rarement un signe du début des tumeurs malignes chez l'enfant. D'ailleurs une hématurie rénale n'est pas forcément liée au développement d'un néoplasme; les cas ne sont pas rares où une tuberculose primitive du rein a provoqué une hématurie abondante et persistante. Albarran et Routier ont rapporté des cas de ce genre, et moi-même j'ai néphrostomisé un malade entré dans mon service de l'Hôpital Saint-Sauveur pour une volumineuse pyonéphrose tuberculeuse qui, trois ans auparavant, avait débuté par des hématuries abondantes et répétées. D'autre part, il se peut qu'on soit en présence d'un de ces cas d'hématuries dénommées à tort essentielles et où la lésion est tout autre qu'une tumeur.

Ainsi qu'on le voit, il sera parfois malaisé de poser d'une façon précoce le diagnostic de tumeur du rein. Comme cependant l'avenir du malade en dépend, s'il existe de fortes probabilités en faveur de l'hypothèse d'une tumeur, le chirurgien est parfaitement autorisé à proposer un moyen d'exploration rénale plus complet en recourant à une *incision lombaire* qui lui permettra de palper et d'inspecter directement le rein supposé malade. Chevalier avait déjà proposé, dans son travail, cette incision exploratrice lombaire pour avoir le rein en main ; j'ai moi-même préconisé à nouveau l'excellence de ce moyen à l'Association française d'Urologie (1897), mais M. Heresco est plus radical encore et il conseille la *néphrotomie exploratrice*.

Il va sans dire qu'on ne recourra à cette taille rénale que pour des hématuries abondantes, spontanées et rebelles et dont la cause est indéterminée. On aurait tort d'ailleurs de croire à la gravité de ce mode d'exploration du rein, car la néphrotomie est une opération bénigne lorsqu'elle est faite par un chirurgien un peu expérimenté. Elle est, en tout cas « le meilleur moyen d'exploration du rein que nous ayons à l'heure actuelle (Guyon) ». Mais, pour en retirer tout le maximum de profit, il la faut pratiquer largement, de manière à arriver jusqu'au bassinet et à exposer à la vue la plus large surface possible de tissu rénal.

Pour ma part, devant la gravité de la situation que crée à un malade atteint de néoplasme du rein une intervention faite tardivement, je n'aurai aucune hésitation, à l'avenir, en cas de doute sur la nature d'hématuries rénales importantes, de proposer au malade non seulement l'incision lombaire, mais au besoin la taille rénale, quitte à terminer mon intervention par une néphrectomie si je découvrais un petit néoplasme périphérique ou central et si mes examens antérieurs m'ont convaincu de l'existence et du bon fonctionnement du rein congénère.

Mais, dira-t-on, il se peut que l'hématurie tienne à tout autre cause qu'à un néoplasme, et dans ce cas quel bénéfice retirera le malade de cette incision du rein ? La réponse est facile. D'assez nombreuses observations démontrent, en effet, que la taille rénale a fait cesser des hémorrhagies graves qui étaient sous la dépendance d'une tuberculose primitive ou de ces lésions encore mal définies et imperceptibles à la vue pour lesquelles on a créé la dénomination impropre d'hématuries essentielles.

En résumé, M. Heresco à voulu démontrer, dans son travail, qu'en s'attaquant tôt aux tumeurs malignes du rein, en les dépistant à leur début, les chirurgiens rendaient la néphrectomie beaucoup moins grave et pouvaient espérer des survies assez longues pour croire à une guérison radicale. Avec nos tendances chirurgicales actuelles, il ne me paraît pas douteux que les chirurgiens français seront bientôt aussi interventionnistes que les chirurgiens allemands. Mais l'abstention rencontrera encore beaucoup de partisans lorsqu'il s'agira de tumeurs d'un assez gros volume, bien que M. Heresco n'admette comme contre-indications à la néphrectomie que la généralisation du néoplasme ou les dangereuses adhérences avec les organes du voisinage.

Sur la composition chimique et histologique des épanchements pleurétiques séro-fibrineux

par le docteur **G. Carrière**,
Professeur agrégé des Facultés de Médecine,
Chef du Laboratoire des cliniques à l'Université de Lille.

Plusieurs auteurs ont déjà étudié la composition chimique des épanchements pleurétiques séro-fibrineux, mais il me semble qu'aucun n'a entrepris l'étude systématique des cas. Tous envisagent des éléments séparés.

C'est ainsi que NAUNYN[1] y trouve de l'acide urique et de la cholestérine; NEUKOMM et NAUNYN[2] de la leucine, de la tyronine et de la xanthine; c'est ainsi qu'EWALD[3] considère surtout la teneur en CO^2; que GORUP-BEZANES[4] envisage la parafibrine et MÉHU[5] la fibrine; c'est ainsi que SALOMON[6] y recherche le glycogène.

Aucun ne donne de résultats généraux ni d'étude d'ensemble. Depuis l'année 1896, époque à laquelle je commençais mes travaux sur les pleurésies avec épanchements, j'ai étudié systématiquement, au point de vue clinique, le liquide retiré par la thoracentèse.

J'ai aussi colligé dix-huit analyses fort complètes. Les unes ont été faites à ma prière par M. SOULARD, pharmacien-adjoint des hôpitaux de Bordeaux, que je suis bien heureux de remercier ici; les autres ont été faites par moi. Ce sont les résultats de ces recherches que je voudrais brièvement consigner ici.

Densité. — La densité des liquides examinés est variable. Elle oscille entre 1.005 et 1.035. Les chiffres les plus habituels sont de 1.015 à 1.025. On ne peut utiliser cette donnée pour le diagnostic de la cause de l'épanchement ni pour le pronostic de l'affection.

Coloration. — Leur couleur est ordinairement jaunâtre, citrine. On observe souvent une véritable opalescence : le fait est très fréquent. On ne saurait mieux faire que de comparer cette coloration à celle du sérum sanguin comme l'a fait KRÜCKEMBERG. Jamais je n'ai vu ces liquides colorés par des pigments biliaires, je dois à la vérité de dire que je n'ai jamais observé de pleurésie bilieuse. Je n'ai jamais rencontré non plus de liquides pleurétiques bleuissant à l'air, comme GUTLMANN et GERHARDT en ont rapporté des exemples.

Réaction. — Elle est toujours alcaline.

Dépôt. — Peu de temps après sa sortie de la plèvre le liquide se coagule partiellement et présente un dépôt. Le coagulum est formé de fibrine, le dépôt est constitué de flocons de fibrine et d'éléments cellulaires plus ou moins altérés.

Fibrine. — La quantité de fibrine est variable. Pour la doser nous avons toujours procédé par pesée après dessiccation. Nous avons ainsi trouvé des chiffres oscillant entre 0 gr. 120 et 0 gr. 500. On peut prendre comme chiffre moyen 0.250. La quantité de fibrine varie suivant la cause de la pleurésie. Les épanchements pleurétiques dus au bacille de KOCH sont les moins riches en fibrine; ceux qui s'observent dans le cours des pleurésies métapneumoniques renferment au contraire des doses énormes de fibrine (plus de 0 gr. 40). Il y a peut-être là un procédé de valeur pour reconnaître la nature d'un épanchement pleural. On ne peut, ceci étant mis à part, préjuger du pronostic de l'affection en se basant sur sa richesse en fibrine. Peut-être, mais je n'oserais l'affirmer, les épanchements les plus riches en fibrine sont-ils plus rapidement curables : je le crois, mais mes observations sont trop peu nombreuses pour préciser davantage.

En tous cas ce que je crois pouvoir dire c'est que les épanchements les plus riches en fibrine ne se transforment qu'exceptionnellement en pus.

Eléments dissous. — Les éléments dissous sont des matières organiques et des matières minérales. Leur abondance est variable et oscille entre 40 et 80 grammes pour un litre. Les chiffres moyens de 50 à 70 grammes sont de beaucoup les plus fréquents. Cette notion du poids des éléments dissous ne peut nous être d'aucune utilité, ni pour le diagnostic étiologique, ni pour le pronostic.

Le rapport des matières organiques aux matières normales est en moyenne de 6/1. Un exsudat pleural de qualité moyenne renferme 10 gr. de matières minérales dissoutes pour 60 gr. de matières organiques. Ce rapport ne varie guère suivant la nature de la cause; il ne peut point servir pour établir le pronostic. Il paraît cependant que la quantité des matières organiques serait plus abondante dans les épanchements destinés à subir la transformation purulente.

Albuminoïdes. — Les exsudats pleurétiques renferment de l'albumine, c'est une notion d'observation courante. La quantité d'albumine est variable — elle oscille entre 20 gr. et 60 gr. par litre. Les variations

observées ne peuvent nous renseigner ni sur la cause ni sur le pronostic de la maladie.

Quelle est la nature de ces albumines ? S'agit-il de sérine, de globuline ou de peptones ?

Pour arriver à le savoir, nous avons eu recours à la méthode de Patein. Dans une première partie du liquide nous dosons la globuline en la précipitant à froid par un excès de sulfate de magnésie. Dans une seconde partie nous déterminons la somme sérine + globuline en les coagulant par la chaleur en milieu acide (par acide acétique au 1/10) en recevant le coagulum sur un filtre taré et en recueillant avec soin le liquide filtré débarrassé de la sérine et de la globuline. Nous ajoutions alors à ce liquide un peu d'acide azotique, nous chauffions à 100°, nous filtrions après refroidissement et recueillons la propeptone sur un filtre taré.

Par cette méthode nous avons vu que la quantité de sérine variait entre 20 gr. et 60 gr. par litre, celle de la globuline entre 10 et 30 par litre.

Jamais je n'ai trouvé cette variété d'albumine acéto-soluble décrite par M. Mercier.

Le rapport entre la sérine et la globuline est ordinairement de 2/1. Les variations de ce rapport ne me semblent avoir aucune importance au point de vue du diagnostic étiologique et du pronostic.

Il n'en est pas de même des propeptones. Je n'ai jamais trouvé les propeptones que dans des épanchements qui, ultérieurement, sont devenus purulents. Il y a donc lieu de penser quand on trouve des propeptones dans le liquide retiré d'une ponction pleurale, que cet épanchement a beaucoup de chance de subir la transformation purulente.

Enfin ou trouve toujours dans les exsudats de pleurésies séro-fibrineuses aiguës, des nucléo-albumines précipitables *à froid* par l'acide acétique (destruction de la sérine). Leur présence, du reste, n'a aucune valeur ni diagnostique, ni pronostique.

Urée. — On trouve habituellement (86 0/0 des cas) de l'urée dans les épanchements séro-fibrineux consécutifs aux pleurésies aiguës ; Naunyn l'a constaté depuis longtemps déjà.

La quantité d'urée n'est jamais très considérable. Je ne l'ai jamais vue dépasser 4 grammes. Les chiffres habituels sont 0,30, 0,50 0,75.

Il m'a paru que cette quantité d'urée était minima lorsque la tuberculose était en cause, que dans les autres cas, au contraire, elle était maxima. En tous les cas elle ne saurait nous guider pour le pronostic.

Acide urique. — Pour doser l'acide urique dans nos liquides nous avons eu recours à la méthode du Professeur Denigès, que je n'ai pas à décrire ici On trouve l'acide urique dans 90 0/0 des cas. Mais la quantité d'acide urique est toujours fort minime, de 0 gr. 01 à 0 gr. 50, rarement plus. Les épanchements les moins riches en acide urique sont ceux de nature tuberculeuse. Dans ces cas on ne relève que des traces impondérables.

Il est un fait notoire, c'est que l'acide urique était surtout abondant lorsqu'ultérieurement on a noté la transformation purulente. Il y a là, semble-t-il, un élément très important de pronostic et, toutes les fois que cette évolution a été observée, les exsudats renfermaient plus de 0,40 centigrammes d'acide urique.

Sels. — On trouve dans les exsudats des chlorures, des phosphates et des sulfates. Pour l'analyse nous avons eu recours aux divers procédés habituels.

Les chlorures sont surtout abondants. On en trouve de 3 grammes à 20 grammes par litre, mais il n'y a aucun rapport entre cette proportion et le diagnostic ou le pronostic de l'affection. Les phosphates sont moins abondants. On ne trouve que de 70 centigrammes à 1 gramme d'acide phosphorique total. Cette dose est surtout énorme dans les épanchements qui, ultérieurement, deviendront purulents. Quant aux sulfates nous n'en n'avons jamais trouvé que des doses infimes de 0 gr. 01 à 0 gr. 10. On trouve souvent enfin des traces de matières grasses.

Neukomm et Naunyn ont signalé l'existence, dans les exsudats que nous étudions, de leucine, de tyronine et de xanthine. Nous ne les avons que fort rarement rencontrés : deux fois sur dix-huit et sans qu'il nous soit possible d'y rattacher une signification quelconque.

Comme Salomon[6] nous n'avons jamais observé de glycogène. Au spectroscope jamais nous n'avons observé de bandes d'absorption si ce n'est celle de l'hémoglobine dans quelques cas.

Toxicité. — La toxicité des exsudats pleuraux n'est pas très considérable. On trouve qu'il faut en moyenne 20 centimètres cubes de liquide pour tuer, après injection intra veineuse, 1 kilogramme d'animal. Cette toxicité ne nous a pas paru être en rapport ni avec la la cause ni avec le pronostic.

Examen histologique. — On trouve au microscope

dans les exsudats étudiés : *a)* des éléments cellulaires ; *b)* des cristaux.

a) Eléments cellulaires. Ce sont des globules rouges, des globules blancs, des cellules dégénérées.

Les globules rouges sont en nombre variable. De 500 à 12 et 15.000 par millimètre cube. Je ne crois pas, contrairement à certains auteurs, qu'il y ait une relation quelconque entre le nombre des globules rouges et la suppuration ultérieure de l'épanchement.

Le nombre des globules blancs est variable. Il oscille entre 500 à 5.000. Il ne semble pas y avoir non plus de rapport avec la purulence ultérieure possible. Ce sont les mononucléaires bilobés qui dominent. Les éosinophiles sont en nombre infime, contrairement à ce que nous avons constaté dans les épanchements hémorrhagiques [7].

Enfin on rencontre des cellules dégénérées. Ce sont ordinairement des éléments ovoïdes ou vésiculeux, à protoplasma granuleux et neutrophiles à noyaux peu colorés ou fragmentés. On trouve encore des cellules ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse ; on en rencontre aussi qui sont au contraire en pleine karyokynèse : ceci n'a aucune importance.

b) En fait de cristaux on a pu rencontrer des cristaux de tyronine et de cholestérine et des boules de leucine. Je n'ai jamais trouvé que des cristaux d'oxalate de chaux et de cholestérine. Ces derniers s'observent de préférence dans les formes qui suppureront.

Arrivés au terme de cette étude il nous faut synthétiser :

1° L'étude chimique et histologique des exsudats dans les pleurésies aiguës séro-fibrineuses peut nous fournir quelques données importantes pour le diagnostic et pour le pronostic. Il ne faut pas néanmoins être trop absolu.

2° On pensera à une pleurésie tuberculeuse toutes les fois que l'épanchement sera pauvre en fibrine, en urée, en acide urique, en sels minéraux.

3° La guérison sera rapide lorsque l'exsudat sera riche en fibrine, en urée et en sels minéraux.

4° Il y aura lieu de craindre la transformation purulente lorsque l'exsudat renferme beaucoup de matières organiques ; des propeptones, de l'acide urique, de la cholestérine.

5° Il ressort de ces faits que les épanchements séro-fibrineux des pleurésies aiguës présentent une composition fort voisine de celle du sérum sanguin. Les modifications observées tiennent sans doute aux produits de décomposition des cellules dégénérées ou enflammées, à ceux des globules blancs ou rouges.

Ce sont là les seules conclusions à tirer de nos recherches. Celles-ci sont trop peu nombreuses pour pouvoir en tirer des règles absolues : elles ouvriront peut-être une voie aux chercheurs de l'avenir et éclaireront sans doute, dans une faible mesure, le diagnostic et le pronostic du praticien.

BIBLIOGRAPHIE

1. — Naunyn. Uber Serose transudate, Virchow's Archiv, IX.

2. — Neukomm et Naunyn. In Ziemsen's Handbuch. art. Pleuritis.

3. — Ewald. Untersuchungen 3. Gazometrie der transudate der Menschen. Reichert's und Du Bois Archiv, 1873.

4. — Gorup-Bezanez. Lehrbuch d. physiologische Chemie Braunsweig. 1875.

5. — Méhu. Trouvé in Ziemsen's Hanbuch. art. Pleuritis.

6. — Salomon. Sitzung der Berliner physiol. Gesellschaft. 9 fév. 1877.

7. — Auché et Carrière. Congrès de Nancy. 1896.

Voyez encore :

Schlenkers. Beitrage zur Lehre von der menschlichen Tuberculose. Verchow's Archiv. CXXXIV.

Kruckenberg. Zur Kentniss der Serumfarbstoffe. Sitzungsber. der Jenaischen Gesellsch. f. med. 1885.

Gerhardt. Zur Geschichte der Brutsiches Berlin, 1890.

Ewald. Uber in liechtes Verfahren. Charité Annalen, 1875.

Cystite hémorrhagique

consécutive à une injection accidentelle d'eau phéniquée (1)

Par le docteur **Potel**, chef de Clinique chirurgicale.

Au mois de janvier dernier, j'étais appelé auprès d'une malade atteinte, disait-on, d'hémorrhagie. Je trouvai une jeune femme de vingt ans, étendue sur un lit, pâle, les traits tirés, paraissant beaucoup souffrir.

La veille, le matin même, cette jeune femme était dans un excellent état de santé ; mais, depuis quelques heures, elle éprouvait des douleurs intolérables et perdait du sang en quantité, au moment des mictions. La mère me montra un vase plein de sang et d'urine mélangés.

Je pratiquai le toucher vaginal. Le vagin ne contenait pas de sang. L'utérus était normal. Le cul-de-sac antérieur, seul, était douloureux.

Un peu intrigué, j'interrogeai minutieusement la malade, et voici ce que j'appris.

Depuis son accouchement, qui datait d'un an, elle avait un peu de leucorrhée. Elle avait voulu prendre

(1) Communication faite à la Société de Médecine du Nord (séance du 26 mai)

une injection vaginale. Peu experte, elle avait choisi une canule toute petite, en os, qui sert d'habitude à donner des lavements aux petits enfants. Cette canule est à peine du volume d une plume d'oie. La malade avait versé dans son injecteur de l'eau phéniquée, sans mesurer ni doser, et s'était introduit la canule au hasard.

Elle ressentit une sensation de cuisson, à laquelle elle ne prêta d'abord pas grande attention, mais les épreintes devinrent de plus en plus vives. La douleur, la sensation de brûlure augmentèrent, mais la frayeur de la malade s'accrut quand elle vit ses urines absolument sanglantes. C'est alors qu'on m'avait fait appeler.

J'avais l'explication des phénomènes que j'observais. La malade s'était injecté malheureusement de l'eau phéniquée dans la vessie et cette injection avait provoqué une cystite hémorrhagique.

Il y avait deux indications à remplir : 1° calmer les douleurs de la malade ; 2° faire cesser l'hémorrhagie.

J'ordonnai le repos au lit, régime lacté, des cataplasmes laudanisés légers sur le ventre, suppositoires à l'extrait d'opium et de belladone. Les phénomènes douloureux s'amendèrent. Mais, si la première indication était facile à remplir, il n'en était pas de même de la seconde J'essayai l'ergotine et tous les hémostatiques internes, ou du moins prétendus tels. Le résultat fut nul. Les hémorrhagies continuèrent. Chaque miction contenait autant de sang que d'urine.

Je ne constatai pas d'élévation de température, mais la malade s'anémiait et s'affaiblissait. J'interrogeai les classiques, les revues spéciales. Je ne trouvai nulle part de cas analogue. Les injections d eau boriquée n'étaient pas indiquées. La malade n'avait ni fièvre, ni pyurie. Je songeai un instant à injecter la solution de Carnot (sérum gélatiné). Mais, d'une part, je n'avais qu'une confiance relative dans le procédé ; d'autre part, je me trouvai dans un milieu très pauvre, où je ne pouvais, malgré la meilleure volonté, réaliser une asepsie dont je fus absolument sûr et j'hésitai à injecter dans une vessie, dont la muqueuse était malade, un liquide qui, en somme, constitue un excellent bouillon de culture.

Je me contentai donc de l'expectative. Je laissai la malade au repos aussi complet que possible, et au régime lacté. Les hématuries diminuèrent peu à peu. Les mictions devinrent moins fréquentes. Deux mois après, la malade était complètement guérie, et pouvait reprendre son service.

Les cas de cette nature paraissent rares, car je n'ai retrouvé dans la littérature médicale aucune observation analogue. Je ne connais qu'un cas inédit, observé par M. le professeur Dubar, de cystite hémorrhagique consécutive à une injection accidentelle d'eau phéniquée dans la vessie, mais la solution phéniquée était plus concentrée et la cystite fut beaucoup plus grave. Il y eut une véritable exfoliation de la muqueuse. Les hématuries durèrent plusieurs mois. La malade finit par guérir. Mais les mictions restèrent très longtemps douloureuses.

Ces faits m'ont paru intéressants à publier non seulement au point de vue de l'extrême rareté des observations, mais surtout parce que je crois qu'ils pourront être utiles dans l'avenir, à titre de base de pronostic, aux médecins qui se trouveraient en face de cas semblables.

Les conclusions me paraissent jusqu'à nouvel ordre se résumer ainsi :

1° Les injections d'eau phéniquée dans la vessie produisent des cystites hémorrhagiques rebelles. La gravité du pronostic dépend du titre de la solution et de la quantité injectée.

2° La durée des hématuries peut être de plusieurs mois.

3° Quant au traitement, je crois qu'on devra se montrer assez sobre d'interventions sur la muqueuse vésicale.

Hémoglobinurie au cours d'un rhumatisme articulaire aigu

par M. **Chancel**, externe des hôpitaux

Le 10 février 1898, M. Hayem présentait à la Société des Hôpitaux de Paris l'observation, alors unique, d'un malade chez lequel il avait observé de l'hémoglobinurie au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. A la même séance, M. Robin cita deux cas, où l'hémoglobinurie pouvait se rattacher au rhumatisme.

La même année, Asthmead en publiait aussi un cas à New-York.

Nous avons eu, le 1er mai, la bonne fortune de voir entrer dans le service du professeur Combemale, un cas analogue à ceux qu'ont publiés les auteurs précédents.

H..., Léopold, frappeur, âgé de 24 ans, serait, sans cela, un rhumatisant vulgaire : aucun antécédent héréditaire, n'étaient deux frères, qui ont eu des attaques de rhumatisme articulaire aigu, ni personnel. Ce fut à l'âge de vingt-et-un ans que pour la première fois H.. fut malade, il avait pris part aux grandes manœuvres en une saison pluvieuse. Deux jours après le retour au quartier, il fut pris de fièvre, et se mit à « *uriner rouge* ». Le lendemain, des douleurs articulaires apparurent et il rentra d'urgence à l'hôpital pour rhumatisme articulaire aigu.

A peine convalescent, il eut les oreillons, mais de façon bénigne et sans orchite concomitante. Sur le point de quitter l'hôpital, rechute de rhumatisme au cours duquel une péricardite avec épanchement

s'installa. Enfin, après cent un jours d'hôpital, H... sortit guéri.

Il y rentra un an plus tard pour fièvre typhoïde.

A Noël dernier, pendant quinze jours, du gonflement articulaire douloureux du coude droit survint encore.

Sorti amélioré au bout de huit jours, il rentra présentant une fièvre élevée et des « *urines rouges* ». On le soigna, dit-il, pour une péricardite. Au bout d'un mois seulement, quelques douleurs articulaires apparurent, mais il sortait le Mardi-Gras, en voie de guérison.

D'après notre malade, dans chacune de ces deux crises, la coloration rouge noire des urines aurait persisté pendant trois ou quatre semaines.

Dans les premiers jours d'avril, le malade eut un refroidissement brusque, et consécutivement : des frissons, de la céphalée, un peu d'angine, des douleurs lombaires, des sueurs abondantes et une courbature générale. Pas de toux. Le malade présentait en même temps de la constipation, des coliques aussitôt après le repas ; mais pas de nausées, ni de vomissements. Dès le lendemain, il se mit à *uriner très rouge* et prévit dès lors une nouvelle attaque de rhumatisme. Quelques douleurs articulaires apparurent en effet, mais peu vives et qui n'interdisaient point tout travail au malade. Mais ces douleurs devinrent bientôt plus intenses, et le 29 avril, le malade s'alita. Le 1er mai il entrait dans le service de M. le professeur Combemale.

Examen du malade. — Toutes les grosses articulations des membres sont prises et présentent le gonflement, la rougeur, la chaleur et la douleur spontanée et s'exagérant à la pression de l'arthrite rhumatismale. La nuit, le malade sue assez abondamment ; l'odeur de ces sueurs est masquée par de précoces badigeonnages au salicylate de méthyle. Un peu de fièvre vespérale, mais peu élevée.

Le malade est pâle, mais l'anémie n'est pas très accentuée, la langue est saburrale, l'anorexie complète, la constipation assez marquée ; il ne va à la selle que tous les quatre ou cinq jours.

Il tousse un peu ; à l'auscultation on entend des râles de bronchite généralisée. Ses crachats ne renferment d'ailleurs que des bacilles vulgaires : diplocoques, leptothrix, tétragènes.

Le malade est sujet aux palpitations, et à la dyspnée d'effort. Les bruits du cœur se perçoivent à peine. Le pouls est faible, filant, non dicrote.

Les urines sont rares : le malade pisse deux fois au plus par jour. Il présente le bégaiement urinaire, devant attendre chaque fois quelques minutes l'écoulement de l'urine. Avant et pendant la miction, il ressent une douleur au niveau des uretères et de l'urèthre. L'urine émise est rouge durant toute la miction. Des accidents de petit brightisme, le malade ne présente que des crampes, et la sensation de mouches brillantes qui volent devant ses yeux ; il eut anciennement des bourdonnements d'oreille, mais il prenait alors du salicylate de soude.

L'examen de l'urine donne les renseignements suivants : réaction : alcaline ; densité : 1.020 ; urée par litre : 13,15 ; albumine : due à la présence de l'hémoglobine ; sucre : 0 ; chlore : 9,1. Pas de globules sanguins. Cylindres hémorrhagiques. L'urine, examinée au spectroscope, donne le spectre de l'hémoglobine, qui, réduite par le sulfure ammonique, ne donne plus qu'une bande caractéristique. Pas de pigment biliaire. Pas d'urobiline. Notre malade ne présentait aucun autre accident hémorrhagique.

Les jours suivants, la coloration de l'urine devint rapidement moins intense. Le 5 mai, à la suite d'une purgation, qui eut raison de la constipation, elles étaient redevenues de couleur normale. La réaction était acide, la densité 1.015 ; il y avait 12 gr. d'urée par litre et des traces indosables d'albumine. Le malade urinait alors quatre fois par jour et émettait environ 1.500 gr.

Le rhumatisme, lui, suivit son cours normal, prenant successivement toutes les articulations, y compris les articulations thoraciques. L'on vit même s'installer insidieusement, sans douleur précordiale, sans élévation de température, un souffle léger d'insuffisance mitrale.

Le 18 mai, l'urine renferme 24,33 d'urée par litre et des traces indosables d'albumine. On n'y trouve pas de cylindres urinaires.

Cette observation rappelle le premier malade de Robin, chez lequel l'hémoglobinurie a précédé les manifestations rhumatismales.

Notre malade a bien présenté, il est vrai, de l'hémoglobinurie en dehors de toute manifestation articulaire, alors qu'il était soigné en dehors du service. Mais cette hémoglobinurie semble se rattacher au rhumatisme pour les raisons suivantes : les douleurs articulaires du bras droit, pour lesquelles le malade venait d'être soigné ; l'apparition, tardive il est vrai, de douleurs polyarticulaires et la longue durée de l'accès d'hémoglobinurie. L'hémoglobinurie paroxystique, en effet, ne dure guère que trois ou quatre jours au plus.

Quant à la néphrite aiguë, il nous semble, faute de renseignements précis, qu'il la faut écarter : étant données l'absence de la plupart des symptômes de Brightisme, et en particulier des œdèmes ; et surtout l'absence actuelle de cylindres, et l'absence presque totale d'albumine.

Cette persistance de l'albumine est d'ailleurs la règle après les accès d'hémoglobinurie au cours du rhumatisme. Et même, le malade de Hayem en présentait des quantités bien plus considérables que le nôtre.

Cette observation nous semble donc venir confirmer les théories de Hayem et Robin, que Chéron citait en 1890 dans la *Gazette des Hôpitaux* :

« Le froid — et son action fut ici manifeste —, produit une vaso-constriction périphérique, et, consé-

cutivement, une congestion viscérale, qui n'excepte pas le rein. Cette congestion rénale se traduit dans certains cas par l'hémoglobinurie, dans d'autres, par l'albuminurie.

Ceci dépend de l'intensité de la congestion et d'un degré plus ou moins marqué d'altération du sang.

Cette modification chimique du sang provoque peut-être la dissolution d'un certain nombre de globules rouges, lorsque le sang est en stagnation dans le réseau où siège la congestion. »

L'hémoglobinurie serait donc le premier acte d'une néphrite aiguë rhumatismale, qui, chez notre malade, s'est résolue rapidement.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. François FRANCK explique physiologiquement les bons et les mauvais effets de la sympathicectomie dans la maladie de Basedow et dans l'épilepsie.

— M. DARIER vante les bons effets du massage oculaire.

Société de Chirurgie. — M. MONOD, dans la cure chirurgicale des hémorrhoïdes se borne à enlever aux ciseaux les hémorrhoïdes internes, sans toucher aux hémorrhoïdes externes.

— M. POTHERAT n'est point partisan de la castration dans la tuberculose testiculaire.

Société médicale des Hôpitaux. — M. RÉNON, chez les urémiques qui ne supportent pas le lait, a employé avec succès la diète hydrique, suivie de l'administration de quelques féculents.

Société de Biologie. — M. LÉPINE. Le chauffage artificiel des organes splanchniques exalte leurs propriétés.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 26 Mai 1899

Présidence de M. le docteur CARLIER, *président.*

Calculs du rein. Néphrolithotomie

M. Carlier rapporte l'observation d'un malade opéré dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur pour calculs du rein.

« A l'âge de sept ans ce malade commença à uriner du sang, chaque effort un peu grand provoquait une hématurie et depuis cette époque les hématuries se répètent fréquemment, deviennent même plus abondantes. Aussi ce malade est-il envoyé à l'hôpital où l'on pose le diagnostic de calcul du rein »

M. CARLIER, devant ces hématuries de plus en plus fréquentes, décide de pratiquer la néphrotomie, opération compliquée par la présence d'une douzième côte très longue et nécessitant une incision très étendue.

L'intérêt de cette opération consiste en ce que les deux calculs, enlevés après incision d'une grande partie du rein depuis son bord convexe jusqu'au bassinet, étaient relativement petits, surtout l'un d'eux, et étaient inclus dans un calice, ce qui avait empêché leur expulsion spontanée par l'uretère. L'incision du rein fut suturée au catgut, ainsi que les plans musculaires ; un drain fut laissé dans la plaie. Les suites opératoires furent simples, mais au cinquième jour un caillot ayant obstrué l'uretère, la plaie du rein se désunit en un point et donna issue à l'urine. Pendant deux jours et demi, le malade urine dans son pansement, aucune goutte d'urine ne fut rendue par l'urètre. Cette particularité rapprochée de ce fait que le rein opéré était très hypertrophié, permet de penser que ce sujet n'a qu'un seul rein. L'obstruction de l'uretère cessa d'ailleurs très vite et n'empêcha d'ailleurs pas la réunion par première intention des plans musculaires profonds et de la peau. Vingt jours après l'opération, le malade pouvait être considéré comme guéri.

De l'ensemble de ces phénomènes M. CARLIER a été amené à conclure à l'unité de la glande rénale chez son opéré.

M. Charmeil, s'appuyant sur cette notion anatomique classique, que chez les individus porteurs d'un seul rein celui-ci siège d'ordinaire sur la ligne médiane, fait remarquer qu'il serait possible que le rein gauche existât, complètement atrophié et réduit à une coque fibreuse.

M. Carlier ne partage pas l'avis de M. CHARMEIL et affirme que le rein unique peut ne pas siéger sur la ligne médiane ; que, de plus, son malade n'a jamais souffert du côté gauche, ce qui détruit l'hypothèse d'une transformation fibreuse du tissu, mais que, pour confirmer son opinion, il pratiquera un examen cystoscopique.

Sarcome de l'ovaire

M. Folet présente un sarcome de l'ovaire pesant douze kilos.

Cette volumineuse tumeur avait un pédicule très large qui rendit son ablation difficile. L'utérus, englobé dans le néoplasme, dut être enlevé. L'opération a été pratiquée il y a trois jours, et la malade est en bon état.

M. FOLET fait remarquer qu'une partie de la tumeur

venait faire saillie dans le vagin, donnant l'illusion d'une rectocèle.

Tumeur du naso-pharynx

M. Lambret présente une tumeur naso-pharyngienne, enlevée chez une jeune fille de 17 ans. Cette tumeur, assez volumineuse pour gêner la déglutition, avait des prolongements oblitérant l'aditus postérieur des narines. La malade n'en souffrait pas et n'avait pas d'écoulement sanguin. Seulement, la déglutition était fort pénible et le ronflement si sonore qu'il réveillait la malade elle-même. Après cocaïnisation, on en fit l'ablation facilement, sans même inciser le voile du palais.

M. Gaudier fait remarquer que cette tumeur n'est pas un véritable polype, mais plutôt un polype fibro-muqueux.

Résection de l'estomac

M. Lambret montre ensuite les moignons intestinaux résultant d'une ablation de l'estomac pratiquée par lui la veille. Il s'agissait d'un cancer massif ayant envahi la presque totalité de l'organe. Cependant, il n'y avait pas d'adhérences de la tumeur avec les organes voisins ni essentiels. La palpation permettait de constater l'absence de généralisation ganglionnaire ou autre, enfin il paraissait possible d'enlever toute la masse néoplasique. Des clamps furent placés du côté du duodénum ; du côté du cardia on coupa entre les clamps et en plein tissu sain, puis les épiploons furent sectionnés et la tumeur extirpée. D'un côté il restait le duodénum sectionné transversalement, de l'autre un tout petit moignon stomacal maintenu dans la concavité du diaphragme et en connexion, semblait-il, avec l'œsophage. Ces deux tranches de section furent respectivement fermées par une suture en surjet à deux étages, une anastomose fut pratiquée entre le moignon stomacal et la première partie du jéjunum, qui se laissa facilement amener vers le diaphragme. L'opération dura une heure en tout, ce qui est un temps très rapide ; le malade l'avait assez bien supportée et, grâce à un litre de sérum artificiel qu'on lui injecta sous la peau, il était, une heure après, complètement remis du shock opératoire. Or, dans l'après-midi, le pouls se mit à faiblir, la respiration devint haletante, le malade accusa une violente douleur dans le bas-ventre et ce symptôme faisait craindre à M. LAMBERT qu'une suture ait lâché; bref, la mort survint vers quatre heures du matin.

L'autopsie démontra que les sutures avaient parfaitement tenu, mais le moignon stomacal ne communiquait plus avec l'œsophage. Les dispositions anatomiques avaient donc trompé l'opérateur, et le cardia avait été sectionné en même temps que le petit épiploon qui, épaissi et ratatiné, avait une consistance à peu près identique. M. LAMBRET n'hésite pas à publier ce fait, car il estime qu'il peut rendre ainsi service dans l'avenir en éveillant l'attention des chirurgiens et en leur permettant d'éviter un accroc opératoire gros de conséquences. Il regrette d'avoir été induit en erreur par l'apparence topographique des parties et de n'avoir pas contrôlé par la palpation la réalité des connexions du moignon stomacal avec l'œsophage ; or, ce moignon était vraisemblablement maintenu dans sa situation par l'épiploon gastro-splénique. Il le regrette d'autant plus que, si la section de l'œsophage avait été constatée, il eût été possible de suturer le jéjunum non pas au misérable morceau d'estomac désormais inutile et qui eût été enlevé, mais directement à l'œsophage.

M. Folet s'élève contre ces opérations de grande résection, pratiquées d'abord en Allemagne et en Suisse et qui maintenant commencent à se généraliser de plus en plus. Il constate qu'elles entraînent une mortalité considérable (90 sur 100).

Sur les dix opérés qui surmontent le shok opératoire, il faut compter que sept à huit mourront dans les trois mois suivants et que deux ou trois seulement auront une survie de quelques années, mais cette survie sera bien misérable. « Et je me demande si, pour procurer cette survie à deux de nos opérés sur cent, nous avons le droit de supprimer les quelques mois de survie aux quatre-vingt-dix-huit autres, survie qu'on pourrait rendre supportable par une opération simple et relativement peu dangereuse, la gastro-entérostomie. »

M. FOLET croit que l'on doit intervenir dans les cancers lorsqu'il est possible, d'en faire l'ablation sans trop faire courir de risques au malade, mais, que dans tous les autres cas, il faut se contenter de moyens palliatifs.

M. Lambret répond que les statistiques d'ablation d'estomac pour cancer s'améliorent de jour en jour, que l'on cite déjà bien des cas de guérison et qu'on peut espérer procurer une survie assez longue par les ablations totales. Il reste persuadé que, lorsqu'un cancer n'est pas adhérent à des organes importants, lorsqu'il n'y a pas de généralisation, il ne faut pas

hésiter à tenter l'ablation ; en évitant toute faute opératoire, on peut espérer un succès.

Quant à la question de savoir si l'on a le droit d'opérer dans ces cas, M. LAMBRET rappelle que M. FOLET n'hésite jamais à opérer les individus qui, après un accident quelconque, ont une compression de la moelle, soit par une lame vertébrale, soit par un caillot hémorrhagique, espérant par cette intervention, rendre à ces fibres nerveuses toute leur intégrité.

M. GAUDIER appuie les paroles de M. LAMBRET et croit à la nécessité de l'opération.

M. Carlier croit à la nécessité de l'intervention chirurgicale au début de l'affection, et est persuadé qu'elle offre alors des chances nombreuses de succès. Il rapporte à cette occasion le cas d'un malade à qui, pour cancer, on a enlevé tout l'estomac, et qui est complètement guéri depuis plusieurs mois. Mais il ajoute qu'il est de toute nécessité d'opérer dès que la tumeur est diagnostiquée, en pratiquant même dans les cas douteux la laparotomie exploratrice.

Cystite hémorrhagique consécutive à une injection intra-vésicale d'eau phéniquée.

M. Potel lit l'observation d'une malade qui urinait du sang et avait des mictions très douloureuses. Le toucher vaginal ne donnait aucun renseignement. Cette cystite hémorrhagique était survenue à la suite d'une injection intra-vésicale d'eau phéniquée non dosée pratiquée par mégarde par la femme. Elle résista à tous les traitements et ne s'amenda qu'après quelques mois.

M. Carlier n'a jamais eu l'occasion d'observer de cystites hémorrhagiques attribuables à l'eau phéniquée. Il a toutefois observé des cystites analogues dues à des injections de liqueur de VAN SWIETEN et constata l'extrême lenteur de l'évolution de l'affection sans noter toutefois de réactions inflammatoires.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Amiens. — M. le docteur D'HARDIVILLIER est nommé professeur d'histologie. Nos lecteurs ont pu apprécier naguère la science du nouveau titulaire. Nous éprouvons à l'*Echo médical du Nord* un grand plaisir à voir M. D'HARDIVILLIER cueillir le fruit de son travail assidu, et quelques regrets à le voir s'éloigner de notre Faculté. Tous nos vœux l'accompagnent dans son nouveau poste.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

20e SEMAINE, DU 14 AU 20 MAI 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	4
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	6	2
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	4	6
40 à 60 ans	11	4
60 à 80 ans	11	1
80 ans et au-dessus	2	8
Total	51	47

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	4	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	3	1	1	1	»	1	»	»	»	»	»	4	12	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	6	1	5	»	»	4	»	»	»	»	»	5	21	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	3	1	»	»	»	2	2	»	»	»	»	7	17	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	3	»	1	»	»	»	7	13	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	1	»	»	3	2	»	1	»	»	5	16	22
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	7
Total	»	»	»	1	»	2	»	4	17	5	10	1	»	16	5	1	1	»	»	35	98	133

N° 125 Troisième Année, N° 23. Le Numéro : **10** centimes. 4 Juin 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Ankylostomiase et Anémie des Mineurs

par le docteur **Verdun**, agrégé des Facultés de Médecine, chargé du cours de Parasitologie à la Faculté de Lille.

L'épidémie d'*anémie des mineurs*, qui sévit actuellement avec une certaine intensité dans les charbonnages des environs de Liège, soulève, une fois de plus, le grave problème des traitements curatif et prophylactique de cette maladie. De nos jours, les médecins des bassins houillers connaissent bien cette affection parasitaire, dont le diagnostic s'établit très facilement par l'emploi du microscope. Il importe en effet de ne pas la confondre avec la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive, les anémies secondaires, dont elle revêt complètement le masque, sous peine de s'exposer à des mécomptes thérapeutiques et à voir l'épidémie prendre une rapide extension.

Jusqu'en 1880, l'anémie des mineurs fut attribuée à l'action des gaz délétères qui se dégagent du sol de la mine. A cette époque PERRONCITO, ayant entrepris une série de recherches dans le bassin houiller de Saint-Étienne, mit en lumière la véritable étiologie de l'affection en montrant qu'elle était due à la présence, dans les premières parties de l'intestin grêle, d'un petit ver nématode, l'Ankylostome duodénal (*Uncinaria duodenalis* DUBINI, 1843).

Les travaux ultérieurs n'ont fait que confirmer cette découverte. C'est ainsi que LESAGE et MANOUVRIEZ ont retrouvé ce parasite, à Valenciennes, dans le tube digestif de tous les mineurs morts d'anémie grave. Sa présence a été encore constatée à Anzin, à Fresnes, à Commentry. VAN BENEDEN l'a rencontré chez les ouvriers des mines de Mons. Les mêmes constatations ont été faites par FRANCOTTE et MASIUS, dans le bassin houiller de Liège, par MAYER et MENCHE dans celui d'Aix-la-Chapelle, etc.

Ce parasite ne s'attaque pas exclusivement aux ouvriers des mines de France, de Belgique et d'Allemagne ; l'*anémie du tunnel* qui, en 1879, décima le personnel occupé au percement du tunnel de Saint-Gothard, a été causée par l'Ankylostome (GRAZIADEI, de Turin). MENCHE a démontré, en 1883, que l'*anémie des briquetiers*, qui éclate dans certaines tuileries, reconnaît la même étiologie. C'est encore à l'Ankylostome qu'il faut rapporter l'anémie des ouvriers travaillant dans les rizières du Nord de l'Italie (GRASSI) ; l'anémie des ouvriers des solfatares (CANTU, GIORDANI, PERNICI) ; l'anémie signalée dans les mines d'or de Schlemnitz.

Ce ver nématode, si répandu dans le centre de l'Europe, est non moins commun dans les autres régions de l'ancien et du nouveau Continent. Sans vouloir nous étendre outre mesure sur sa répartition

géographique, disons simplement qu'en Egypte, on le trouve dans presque toutes les autopsies et qu'il produit l'affection connue sous le nom de *chlorose d'Egypte* (Bilharz, Greisenger) ; qu'à Mayotte, il cause une anémie grave désignée sous le nom d'*hypohémie intertropicale* (Monestier, Grenet) ; qu'il existe en Abyssinie, sur la côte occidentale de l'Afrique et dans le haut Sénégal. De nombreux observateurs l'ont retrouvé dans certaines contrées asiatiques, aux Indes, au Japon, dans l'archipel Malais, à Bornéo, à Batavia, etc. Enfin, en Amérique, et principalement les régions centrales, il provoque des états cachectiques graves désignés sous des noms divers (*cachexie aqueuse, mal-cœur, chlorose tropicale, tun-tun, opilaçao, cançaço, etc.*).

En somme, on peut dire que l'Ankylostome est un parasite à peu près cosmopolite mais qu'il se développe plus spécialement dans les contrées chaudes et tempérées. D'après Davidson, ses limites seraient le 51°31' de latitude nord (Dormund, en Westphalie) et le 30° de latitude sud (Gudna, dans le Queensland, et province Santa-Caterina, dans le Brésil).

On désigne actuellement sous le nom d'*Ankylostomiase*, d'*Ankylostomasie*, ou d'*Uncinariose*, les divers états pathologiques que nous venons de signaler et qui, dus tous à l'action de l'Ankylostome, sont caractérisés par l'existence d'une anémie grave.

La connaissance de certaines dispositions anatomiques de l'appareil buccal de ce parasite et des conditions biologiques qui président à son développement, vont nous permettre de comprendre son action pathogène et de poser les principes qui doivent diriger le traitement prophylactique de l'Ankylostomiase.

L'Ankylostome (αγκύλος, crochu, στομα, bouche) est un petit Ver nématode, aisément reconnaissable, de couleur blanchâtre lorsque son tube digestif est vide, mais d'un rose plus ou moins foncé lorsqu'il est gorgé de sang. Il siège ordinairement dans le duodénum, mais on le trouve aussi dans les premières parties du jejunum, jamais dans l'iléon et dans le gros intestin. Il existe des différences sexuelles très marquées : la femelle mesure en moyenne de douze à dix-huit millimètres de longueur sur un millimètre de largeur ; elle est cylindrique et s'atténue brusquement en pointe dans sa région postérieure (fig. 1, E). Le mâle, plus court, est long de huit à onze millimètres et large de quatre à cinq dixièmes de millimètre ; il est toujours moins abondant que la femelle. Son corps est terminé en arrière, par une *bourse copulatrice*, organe en forme de cloche, au fond de laquelle s'ouvre le canal éjaculateur (fig. 1, D). Les deux sexes sont intéressants par la disposition de leur appareil buccal. Leur extrémité antérieure est légèrement relevée vers le haut, de sorte que la bouche, qui est terminale, se trouve placée sur la face dorsale. La cavité buccale, ovalaire, est recouverte intérieurement d'une capsule chitineuse, brunâtre, qui lui assure une certaine rigidité : le pourtour de l'orifice, également chitineux, est pourvu d'une sorte d'appareil dentaire, qui sert en même temps d'organe de fixation (fig. 1, B). Celui-ci se compose de quatre crochets courbes (*a*), disposés

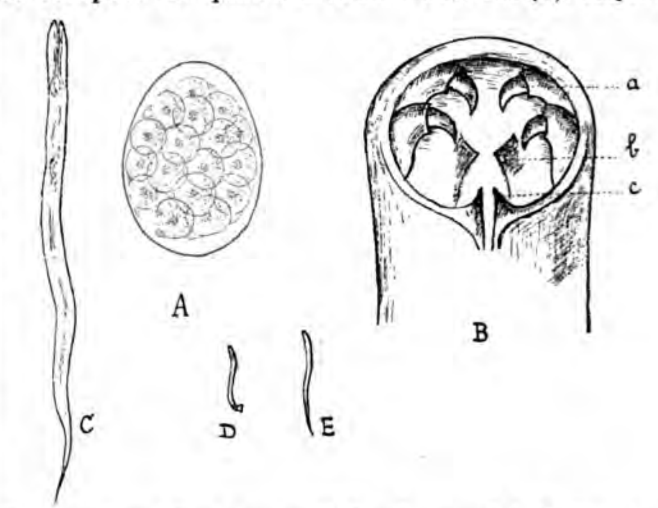


Fig. 1. — A, œuf d'Ankylostome $\left(\frac{420}{1}\right)$ — B, appareil de fixation ; *a*, crochets ; *b*, lames pharyngiennes ; *c*, dents dorsales. — C, larve d'Ankylostome $\left(\frac{200}{1}\right)$ — D, mâle (grandeur naturelle). — E, femelle (grandeur naturelle).

deux par deux sur la face ventrale, et dont la pointe est dirigée vers l'intérieur de la bouche : de deux lames tranchantes (*b*) placées en arrière et faisant saillie dans la cavité buccale ; de deux petites dents coniques situées à la partie dorsale de l'orifice (*c*). Les dents crochues, auxquelles l'animal doit son nom, constituent des armes redoutables qui rendent ce parasite excessivement dangereux, malgré sa taille minime.

C'est dans l'intestin que se produit l'accouplement. La femelle pond ensuite des œufs qui se mélangent aux fèces et sont expulsés avec elles. Les caractères morphologiques de ces œufs sont importants à connaître, puisqu'il suffit de constater leur présence dans les selles pour établir le diagnostic d'Ankylostomiase. Ces œufs (fig. 1, A) sont ovalaires, munis d'une coque très mince, et mesurent 52 μ de long sur 32 μ de large ; on pourrait, à la rigueur, les

confondre avec des œufs d'Oxyure, mais ceux-ci sont un peu plus petits, asymétriques, et possèdent un double contour. Lorsqu'on examine les déjections des malades dont l'alimentation est surtout végétale, on trouve fréquemment une grande quantité de cellules végétales qui obscurcissent la préparation et empêchent de voir les œufs. Dans ce cas, il est utile, avant de pratiquer cet examen, de soumettre le malade, pendant deux ou trois jours, à la diète lactée. Les œufs de l'Uncinaire ne se développent que hors de l'organisme humain et lorsqu'ils sont placés dans certaines conditions. La température extérieure joue un rôle important ; un climat froid empêche la segmentation du vitellus, et ce fait pourrait, à la rigueur, nous expliquer l'absence, ou tout au moins la rareté de l'Ankylostome dans les régions froides, ainsi que la disparition des épidémies pendant les hivers. D'après PERRONCITO, une température supérieure à 35° agit dans le même sens. C'est encore là, peut-être, la raison pour laquelle les œufs ne se développent pas dans le tube digestif de l'homme, où la température est supérieure à 35°. Entre 30 et 35° le développement est rapide. L'embryon qui prend naissance diffère beaucoup de la forme adulte : il est cylindroconique et mesure 0,2 millimètres de longueur sur 14 μ de largeur (fig. 1 C.). Il vit très bien dans la vase, dans les eaux boueuses, se nourrit de débris organiques, s'accroît rapidement et subit un certain nombre de mues. Il est commun de voir cette larve demeurer enfermée dans le tégument de la dernière mue. Ce tégument externe s'imprègne de sels calcaires, devient alors rigide et constitue pour l'animal une sorte d'enveloppe protectrice. A partir de ce moment cette larve entre en vie latente ; elle cesse de se mouvoir, de croître et ne prend plus de nourriture. Elle peut rester dans cet état, dans la vase, pendant des semaines et des mois, supportant très bien la dessiccation et susceptible, par suite, d'être transportée à distance par les objets contaminés.

Une larve meurt assez vite dans l'eau pure ; l'eau boueuse finit, à la longue, aussi par la tuer. Son développement ultérieur ne peut s'accomplir que si elle parvient dans le tube digestif de l'homme. Or, il suffit de connaître les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles vivent les ouvriers mineurs pour comprendre comment chez eux ce transport est facilement réalisé. Qu'un individu porte à sa bouche un objet quelconque, une pipe, par exemple, contaminée par les eaux de la mine et il s'exposera à avaler un certain nombre de larves. Les eaux malpropres que l'ouvrier utilise pour se désaltérer, les aliments solides qu'il manie avec ses mains sales, sont encore des moyens d'infestation. Est-ce là le seul mode de pénétration des larves dans l'organisme ? Looss croit pouvoir conclure d'un certain nombre d'expériences, que les larves pourraient pénétrer directement dans le corps à travers la peau. Mais LEICHSTENSTERN a montré que ses recherches étaient passibles d'objections très sérieuses et que ce mode de transmission n'était rien moins que prouvé. Quoi qu'il en soit, les larves une fois arrivées dans l'intestin se débarrassent de leur enveloppe chitineuse, recouvrent tous leurs mouvements et, dans l'espace de quatre à cinq semaines, sont devenues tout à fait adultes. C'est à ce moment qu'a lieu l'accouplement et que se manifestent les premiers symptômes de la maladie.

L'Ankylostomiase est caractérisée essentiellement par une anémie progressive, souvent accompagnée de dyspepsie, de phénomènes douloureux du côté de l'intestin. Dans les dernières périodes de la maladie, on observe aussi la dégénérescence graisseuse du cœur et de divers viscères, c'est-à-dire des lésions qui peuvent amener une issue fatale.

Le premier symptôme qui apparaît est généralement une douleur vive localisée dans la région du creux épigastrique, mais susceptible de se propager jusqu'au nombril. Cette douleur, qui manque rarement et qui s'exagère par la pression, s'accompagne de troubles gastriques et intestinaux. L'appétit est variable ; tantôt il y a anorexie complète, tantôt, au contraire, c'est une boulimie qu'on constate ; les douleurs sont alors diminuées par l'absorption d'aliments ou de substances solides quelconques. La constipation est ordinaire au début de la maladie ; plus tard elle alterne avec la diarrhée. Les selles sont colorées en brun rougeâtre foncé par le sang extravasé des parois intestinales et plus ou moins modifié par son passage à travers l'intestin. Le malade devient pâle et cette pâleur est surtout marquée au niveau des gencives et de la conjonctive. Les forces diminuent rapidement et le moindre effort provoque des palpitations. Plus tard des symptômes graves se montrent du côté de l'appareil circulatoire : dilatation du cœur droit, souffle à la pointe, souffle dans les jugulaires, etc. Le pouls est inégal et petit, et souvent d'une mollesse extrême. Aux dernières périodes de la maladie on peut

voir survenir un léger œdème des pieds et des paupières.

Un malade atteint d'Uncinariose peut arriver à un degré très prononcé de cachexie dans un temps relativement court. Cela se voit lorsque l'infection est produite par un grand nombre de larves; la maladie prend alors une marche aiguë et la terminaison peut être fatale si l'on n'intervient à temps. Mais lorsque le nombre des parasites est assez restreint, l'ankylostomiase revêt une allure chronique. Un malade, bien nourri, peut alors vivre très longtemps, car la cachexie ne survient que très lentement. A la longue cependant, si les soins font défaut, il meurt des suites de la dégénérescence du myocarde, à moins qu'une maladie intercurrente ne l'emporte subitement.

Les altérations sanguines qui accompagnent l'anémie de l'Ankylostomiase ont fait l'objet d'un grand nombre de recherches. Le chiffre des hématies peut tomber au-dessous de un million par millimètre cube ; il y a, en outre, une diminution considérable dans le teneur en hémoglobine de chaque globule rouge. Dans les périodes extrêmes de la maladie on note aussi une légère leucocytose. A l'autopsie on constate toujours les lésions suivantes : ecchymoses dans l'épaisseur et sous la muqueuse du duodénum et du jejunum ; effusions sanguines dans la lumière de l'intestin grêle, catarrhe intestinal très prononcé, dégénérescence graisseuse du cœur et de certains viscères.

Si les cliniciens ne nient plus, actuellement, le rôle nocif de l'Ankylostome, l'accord est loin cependant d'être établi entre eux, en ce qui concerne son mode d'action sur l'organisme.

On peut expliquer de trois façons différentes la production de l'anémie : 1° par les pertes de sang très souvent réitérées; 2° par le catarrhe gastro-intestinal ; 3° par la résorption d'une substance toxique, sécrétée par le parasite.

La première hypothèse, émise par GRIESENGER, a été soutenue encore récemment par LEICHSTENSTERN. Les Ankylostomes, immédiatement après leur accouplement, c'est-à-dire vers la cinquième semaine, se fixent à la muqueuse intestinale par l'intermédiaire des crochets qui garnissent leur orifice buccal ; ils percent et déchirent les capillaires sanguins, s'enfoncent profondément dans l'épaisseur de la muqueuse pour aller à la rencontre de vaisseaux plus volumineux ; à l'autopsie on trouve de ces vers complètement enfouis sous la muqueuse, au sein de petits foyers hémorragiques dont le contenu peut s'épancher dans le tube digestif. Au point où s'implante le parasite il se produit une petite hémorrhagie capillaire; en outre l'Ankylostome exerce une succion énergique et se gorge de sang. Chaque Ver soustrait donc à l'économie une certaine quantité de ce liquide. Les pertes ainsi subies par l'organisme n'ont guère d'importance lorsque les parasites sont en petit nombre ; il n'en est plus de même lorsqu'ils existent par centaines et par milliers, car ces saignées capillaires ainsi multipliées affaiblissent très rapidement les sujets. Il est incontestable, cependant, que l'état catarrhal de l'intestin joue un certain rôle dans la production de l'état cachectique. Les phénomènes digestifs sont évidemment troublés, profondément modifiés ; l'absorption se fait très mal et l'organisme ne tarde pas à s'en ressentir.

Enfin la troisième hypothèse, celle qui est relative à la résorption d'une toxine sécrétée par le Ver, n'a rien qui nous surprenne aujourd'hui. Nous savons en effet que pareille sécrétion est assez commune chez les Helminthes. Citons comme exemples : les produits toxiques extraits des Ascarides, de la Filaire de Médine, des Kystes hydatiques, ceux du Botriocéphale, qui donnent lieu à une anémie toute spéciale, etc. Il nous paraît donc impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'exclure complètement l'une quelconque de ces trois causes. Elles semblent agir au contraire simultanément dans la production de l'état anémique. Toutefois le rôle prépondérant doit être réservé à la première de ces hypothèses.

Ajoutons que chez les mineurs, l'action pathogène du parasite est encore favorisée par un certain nombre de causes secondaires ; ce sont les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivent ces ouvriers : alcoolisme, fatigues excessives, ventilation défectueuse, air vicié par excès d'acide carbonique, gaz délétères qui se dégagent du sol. Toutes ces causes, en débilitant l'organisme, le rendent impropre à la lutte, et l'anémie s'établit beaucoup plus rapidement.

La symptomatologie de l'Ankylostomiase n'a, comme on vient de le voir, rien de caractéristique ; le diagnostic de l'affection est cependant facile à faire, car nous possédons un signe pathognomonique : c'est la présence d'œufs d'Ankylostome dans les selles des malades. Aussi chaque fois que, dans une région susceptible d'être infestée par ce parasite, on se trouvera en présence d'un cas d'anémie, on ne devra pas négliger de faire l'examen microscopique des excréments ; c'est le

seul moyen de poser un diagnostic certain et d'éliminer la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive, les anémies secondaires.

Du reste il est de toute nécessité de faire dès le début un diagnostic exact, car on perdrait son temps à essayer des médications intempestives qui n'auraient aucune chance d'améliorer l'état du malade.

Le traitement de l'Ankylostomiase est double, il doit être curatif et prophylactique.

Le premier comporte deux indications très nettes : 1° l'expulsion du parasite, 2° la réparation des forces de l'organisme débilité.

Parmi les médicaments utilisés pour obtenir le départ des Ankylostomes, deux seulement se sont montrés efficaces en l'espèce, ce sont : *l'extrait éthéré de fougère mâle* et le *thymol.*

L'emploi du premier de ces anthelminthiques est soumis aux règles suivantes, utilisées aussi dans le traitement des Ténias : La veille, le sujet est mis au régime lacté; le lendemain on administre une dose élevée d'extrait éthéré de fougère mâle, 15, 20, et même 30 gr. suivant les cas, et deux heures après on fait prendre au malade un purgatif salin, sulfate de magnésie par exemple, ou encore la mixture suivante :

Eau-de-vie allemande. .	ãã 15 gr.
Sirop de nerprun . . .	

Il faut éviter l'emploi de l'huile de ricin, car ce médicament dissout le principe toxique de l'extrait éthéré et en facilite l'absorption par la muqueuse intestinale; on exposerait ainsi le malade à des accidents toxiques très graves. C'est du reste le reproche que l'on adresse à cet anthelminthique. En effet, l'emploi de hautes doses, nécessaires pour obtenir l'expulsion du parasite fortement adhérent à la muqueuse, détermine des accidents secondaires tels que troubles visuels, syncopes, albuminurie, etc. Aussi n'est-il pas étonnant que l'on ait cherché à le remplacer par un médicament plus inoffensif. Le thymol, qu'on a essayé de lui substituer, paraît avoir donné des résultats assez satisfaisants.

Voici la méthode préconisée par A. Britto. La veille du traitement, le patient est soumis au régime lacté; il prend dans l'après-midi, heure par heure, 2 gr. de séné en poudre et 50 centigr. de calomel répartis en 4 cachets. Le lendemain, il prend, toutes les deux heures, deux cachets contenant chacun 60 centigr. de thymol jusqu'à concurrence de 10 cachets.

Des selles abondantes et liquides sont provoquées au bout de deux ou trois heures, entraînant avec elles les Ankylostomes et leurs œufs. Si le résultat se fait attendre, on prescrit 30 gr. d'huile de ricin. Pendant trois ou quatre jours après ce traitement, on examine les matières fécales, et, si elles contiennent encore des vers ou des œufs, il faut recommencer une deuxième fois. Il est rare qu'on ait à recommencer plus de deux fois. Cependant nous devons ajouter que l'absence des œufs dans les selles n'implique pas la disparition fatale du parasite, car les mâles sont plus tenaces que les femelles et restent accrochés à la muqueuse intestinale alors que les femelles sont déjà expulsées.

Le thymol produit quelquefois une légère sensation de brûlure au niveau du creux de l'estomac; on peut la faire disparaître en administrant un peu de glace ou simplement de l'eau froide.

Dans les cas graves où il serait dangereux de donner en une seule fois de grandes quantités de thymol, on fait prendre ce médicament par doses successives. Ce mode de traitement est, bien entendu, moins efficace.

Peckolt a expérimenté la doliarine, principe cristallisable extrait du *ficus doliaria* et aurait obtenu avec ce produit des résultats satisfaisants. La santonine et le calomel sont sans action.

Après l'expulsion des parasites il faut songer à réparer les forces de l'organisme et instituer un traitement approprié. L'usage des préparations ferrugineuses et des toniques du cœur sont tout indiqués.

Le traitement prophylactique est de la plus haute importance, car le traitement médical n'a de chances de réussir que si le malade est soustrait aux nouvelles causes d'infestation. La prophylaxie de l'Ankylostomiase est tout entière basée sur l'évolution biologique du parasite et sur la façon dont se fait la contamination. Nous ne reviendrons pas sur ces divers points que nous avons déjà exposés plus haut.

Dans les charbonnages de Liège, des instructions écrites sont distribuées aux mineurs pour leur indiquer les précautions à prendre afin d'éviter la maladie. Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ces indications que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Barbier, président de la Commission médicale provinciale de Liège.

1° *Boire de l'eau de bonne qualité.* Ne jamais boire l'eau des mines, ni surtout les eaux stagnantes.

2° *Ne pas laisser traîner à terre* les objets que l'on

porte à la bouche (verres, cuillères, mouchoirs, etc.) ni les aliments (tartines).

3° *Ne jamais porter à la bouche* avec les mains souillées aucun de ces objets : aussi faut-il qu'avant chaque repas les mains soient lavées avec une eau de bonne qualité et essuyées non pas au moyen des vêtements, car elles pourraient se recouvrir de nouveau des germes de la maladie, mais secouées et séchées à défaut de drap.

4° *Prendre l'habitude* d'aller à la selle chez soi, ou avant de descendre dans la mine.

En cas de nécessité *absolue*, aller à la selle dans les baquets pouvant facilement se fermer et se transporter, en évitant de salir leurs bords et parois externes. Ces baquets devront être enlevés, vidés au jour et désinfectés régulièrement.

5° Pour *éviter d'infecter* sa famille ou de s'infecter soi-même, rentré à la maison, l'ouvrier quittera ses vêtements de travail, et se lavera tout le corps avant de prendre son repas.

Ses vêtements seront bouillis et lavés.

S'il est atteint de la maladie, il désinfectera ses selles et les mélangera de poudre de tourbe.

N.-B. — Les ouvriers mineurs, dans un but d'intérêt commun, doivent se surveiller mutuellement pour s'obliger à suivre ces mesures de précaution.

L'emploi méthodique de ces divers moyens permettrait, à coup sûr, d'éviter les épidémies d'anémie des mineurs, ou de les restreindre dans une forte proportion ; malheureusement on éprouvera des difficultés énormes à les faire adopter par les ouvriers, et aussi longtemps qu'un traitement prophylactique plus pratique n'aura pas été trouvé, nous risquons beaucoup de voir cette grave affection s'éterniser dans les bassins houillers de nos régions.

CORRESPONDANCE

La course des cent heures

A l'occasion de l'événement sportique qui eut lieu lieu à Roubaix voici trois semaines, nous avions demandé à M. le docteur Butruille de nous communiquer, pour nos lecteurs, ses impressions et observations d'ordre médical sur la course de cent heures.

Voici l'aimable lettre qu'il nous a adressée et dont nous le remercions bien sincèrement.

J'ai été très honoré de la démarche que vous avez faite auprès de moi en me demandant de rédiger, pour l'*Echo médical* du Nord, mes observations relatives à la course de 100 heures, au Vélodrome de Roubaix.

Mais ces observations sont réellement trop incomplètes et, partant, trop peu scientifiques et trop peu intéressantes, pour figurer dignement dans le journal que vous rédigez.

Elles se réduisent à si peu de chose ! La fatigue des coureurs s'est portée, d'après moi, plutôt sur les centres nerveux que sur le cœur et les poumons, contrairement à ce que pensaient, paraît-il, bon nombre de médecins interviewés. J'ai constaté chez quelques coureurs tombés ou fatigués, un « état cérébral », caractérisé par des yeux hagards et congestionnés, la démarche incertaine, un pouls ralenti, la chute à 40, 44 des pulsations du cœur plutôt que des palpitations et de l'essoufflement. Voilà tout.

Avec quelques confrères nous avions organisé le service médical pour parer aux chutes et aux indispositions. Mais nous ne pouvions pas facilement prendre d'observations rigoureuses et intéressantes.

Comment, en effet, prendre au sphygmographe le pouls de ces impatients qui descendaient de machine pour changer fébrilement de maillot ? pour se faire *tapoter* les triceps ?

Pressés de reprendre leur promenade circulaire interrompue, ils se hâtaient, celui-ci de se faire masser, celui-là de se laver les yeux avec une eau boriquée louche, cet autre de se faire graisser le scrotum endolori par 72 ou 75 heures de selle (de selle de vélo, bien entendu !)

J'ai eu toutes les peines du monde de m'approcher de Miller, le vainqueur ; le soir du 3e jour, j'ai constaté que son pouls battait 80, normalement. Voilà pour le vainqueur, un coureur bien organisé.

Il faut, de plus, tenir compte de la défiance instinctive de tous ces gens là, de la prudence, trop grande également, de leurs « managers », qui ont surtout pour préoccupation de les bourrer de riz afin de les constiper, comme si quelques *minutes de défécation* comptaient beaucoup sur 100 heures !

La plupart sont donc inabordables ; joignez à cela qu'il faudrait être polyglotte pour se retrouver dans le campement de ces acrobates et vous comprendrez facilement de quelles difficultés serait entourée l'entreprise d'un travail sérieux sur la physiologie ou la pathologie de ces coureurs.

Un de mes confrères avait rêvé d'analyser les urines de quelques-uns d'entre eux, mais obtenez donc quand ils descendent en grande hâte, de leur machine, de les faire uriner dans un vase ou un bocal. Ils se soulagent où ils sont, même contre la malle qui contient entassés leurs pâtés de viande, leurs romstecks, leur riz, leurs chaussettes et leurs oranges !

Et quelle hygiène dans ces tentes ! Ces gens là relèvent plutôt du romancier que du physiologiste et du médecin.

Conclusion : je ne puis pas vous donner d'étude sérieuse et vous serez le premier à dire que j'ai raison de ne rien vous donner.

Veuillez agréer....

Dr Butruille.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. DIEULAFOY établit les indications de la ponction et de la laparotomie dans le traitement des kystes hydatiques du foie.

— M. LANCEREAUX a observé deux cas d'aortite en plaques d'origine palustre.

Société de Chirurgie. — M. QUÉNU. Le traitement des hémorrhoïdes varie beaucoup suivant les cas. L'ignipuncture et l'excision ont chacune leurs indications.

— M. ROUTIER recommande de respecter la limite inférieure de la muqueuse anale, pour éviter le danger d'un rétrécissement consécutif.

Société de Biologie. — M. GILBERT. L'absence fréquente de l'ascite dans la cirrhose alcoolique hypertrophique tient à ce que le foie reste plus perméable à la circulation veineuse que dans la forme décrite par LAENNEC.

VARIÉTÉS

Mœurs médicales aux Etats-Unis (1)

Pour entrer dans l'arène médicale aux Etats-Unis, il n'est pas nécessaire de savoir décliner *rosa*, ni de pouvoir écrire l'α, β, γ grec, il suffit tout simplement de pouvoir lire, écrire et calculer en anglais. Quant à l'âge requis, il n'y a que l'âge de raison qui soit exigé : des étudiants en médecine de quatorze ans coudoient de quasi-vieillards qui semblent être venus s'asseoir sur les bancs universitaires pour étudier la médecine à seule fin de la pratiquer au-delà du Styx.

La loi exige trois années d'études suivies chacune d'un examen devant les professeurs de l'école dont on fait partie. Chaque année académique comprend six mois de cours, d'octobre à mars, de façon que les étudiants, pendant la saison d'été, ont la faculté de remplir les fonctions d'employé, comptable, magasinier, colporteur, garde-malade, etc., etc., et de gagner des dollars qui permettront de reprendre les études de l'hiver suivant : comme vous le voyez, c'est plus pratique que la conduite de la cigale de la fable. Pour plus de facilité encore, les cours de première année se donnent généralement le soir, ce qui permet aux étudiants de ne pas cesser d'occuper leur poste commercial ou autre, pendant toute cette première année.

Le terme de trois ans d'études est réduit d'un an si l'étudiant peut produire un certificat d'études à un « gymnasium » ou un certificat d'études d'humanités complètes. Cette réduction s'accorde également à celui qui est porteur d'un certificat de médecin qui constate que le porteur, M. X..., est son assistant en titre. Il y a actuellement une tendance dans certains des Etats-Unis, par exemple dans l'Etat de New-York, à porter le nombre d'années d'études à quatre ans. Vous concevez, par ce qui précède, que le bagage scientifique du médecin des Etats-Unis soit généralement assez léger, superficiel ; aussi pour remédier à cet état de choses, car, par un bienfait providentiel de la nature, le remède se trouve généralement près du mal, il se fait qu'un très grand nombre des jeunes médecins vont se perfectionner en Angleterre, en Allemagne, en Autriche et en France. D'autre part, il existe aux Etats-Unis des « post graduate schools », cela veut dire qu'il y a pour les médecins déjà établis des cours facultatifs, pratiques et théoriques sur les matières. Ces cours se donnent pendant les six mois d'été, alors que les étudiants réguliers sont en vacances. Il y a ainsi un grand nombre de médecins qui, à chaque saison morte, permettez-moi l'expression, prennent leur essor pour quelques semaines vers l'Université pour se retremper dans les effluves scientifiques réconfortantes de leurs anciens maîtres ou d'autres s'ils le préfèrent. Ils se mettent ainsi au courant de toutes les nouveautés médicales, chirurgicales ou obstétricales, et peuvent se perfectionner dans les questions de pratiques où ils ont senti leur faiblesse.

Pour fonder une école de médecine, dite université ou collège, qui a le droit de délivrer des diplômes de docteur en médecine, il suffit que cinq docteurs en médecine présentent une requête collective au gouvernement de leur Etat pour en obtenir l'autorisation. Si l'Etat refusait, les cinq médecins pourraient l'attaquer en justice. Le juge décidera toujours en faveur des médecins pourvu que ceux-ci ne pratiquent pas illégalement.

Les médecins allopathes et homéopathes forment en général des collèges bien organisés et en vogue. Les matières sont absolument les mêmes qu'en Europe sauf que, en général, on supprime les équations et les calculs abstraits, les théories historiques et préhistoriques, pour ne laisser que les théories courantes, pratiques. Les cours théoriques sont tous donnés, d'un bout à l'autre, sous forme de questions et réponses qui sentent peut-être plus leur origine scolaire mais qui se fixent beaucoup plus aisément dans la mémoire. D'ailleurs, dans toutes les questions, les professeurs s'attachent beaucoup plus à la pratique qu'à la théorie. Je dois dire que, grâce à ces méthodes d'enseignement, et prenant, d'autre part, en considération la courte période de six mois de cours par année, ces collèges ont une matière relativement très complète.

J'en viens maintenant à la nomenclature des différentes écoles. Nous avons tout d'abord les homéopathes et les allopathes. Je suppose que vous connaissez tous la caractéristique distinctive de ces deux écoles. Mais pour vous montrer l'esprit indépendant et pratique des médecins des Etats-Unis, laissez-moi vous raconter un fait qui m'est arrivé au début de mon séjour à Chicago : Un confrère homéopathe, nouveau mais excellent ami dans la suite, m'avait demandé de vouloir bien examiner une de ses malades pour voir si je confirmais son diagnostic. Nous tombâmes sur le même diagnostic, et,

(1) Extrait d'une conférence donnée à un groupe d'amis, par le Dr ECKMAN, à Bruxelles.

comme il me demandait mon avis sur le traitement, je lui donnai le traitement allopathique classique de la maladie, en ajoutant que cela ne ferait pas son affaire puisqu'il était homéopathe. Alors, avec ce sourire malin de satisfaction, bien caractéristique chez l Américain, le confrère me ramena auprès de sa malade et la pria de me raconter quel traitement elle suivait. Je fus très étonné d'entendre celle-ci me dire qu'elle faisait à peu de chose près tout ce que j'avais conseillé, et, quand la malade fut partie, je fis remarquer à mon ami qu'il n'avait pas du tout donné à sa malade un traitement homéopathique mais un traitement allopathique tout pur. Je le traitai même de « déserteur », en plaisantant, car, étant encore imbu à ce moment-là de beaucoup d'idées étroites de la vieille Europe, cela m'avait paru étrange. « Je sais bien, répondit mon con- » frère, que le traitement donné est de l'école allopathique, » mais, avant d'être homéopathe, je m'appelle médecin, et » j'emploie donc tout ce qui guérit, peu m'importe le nom pourvu » que j'atteigne mon but. J'ai, dans certains cas, des résultats » meilleurs avec l'homéopathie ; dans d'autres cas, l'allopathie » me donne des effets plus favorables, et bien souvent, après » avoir essayé l'une sans succès, j'obtiens mon but par l'autre » et réciproquement. »

D'autre part, beaucoup de médecins aux Etats-Unis ont étudié les deux écoles, et il y a un nombre assez considérable de médecins qui font partie de sociétés médicales homéopathiques et de sociétés médicales allopathiques simultanément.

La troisième école, troisième en rang par le nombre d'adeptes, c'est la « Christian science ». Vous en avez sans doute entendu parler. Le journal *Le Soir*, de Bruxelles, les appelle les scientistes chrétiens. C'est une... mettons école, pour être indulgent, que j'appellerai « le nihilisme de la morbidité »; son principe est en substance le suivant : Dieu est infiniment juste et infiniment bon, donc il ne peut permettre des maladies que pour le bien de ceux auxquels Il les envoie, c'est-à-dire pour leur éviter d'autres maux après leur mort. « Or, disent-ils, cette expiation de fautes commises peut se racheter par le repentir et la prière, et du moment où vous aurez prié suffisamment, du moment où vous aurez montré votre repentir suffisamment pour racheter vos fautes, vos maux disparaîtront. Donc priez et repentez-vous. » Les malades sont enfermés dans ces instituts, une bible à chaque lit, c'est la seule lecture qui y soit permise. De plus, plusieurs fois par jour, le médecin (?), qui est un pasteur protestant cumulant les doctorats en médecine et en théologie, fait aux malades des allocutions pour leur démontrer qu'ils sont près de guérir, qu'ils auront bientôt le bien-être des autres mortels, etc., etc... C'est de la suggestion religieuse toute pure. C'est là la seule médication qu'ils emploient car ils font fi des médicaments, tout comme le système suivant. Celui-ci, dénommé ostéopathie, est fondé sur une toute autre base, sur le raisonnement suivant : si l'organisme humain ne fonctionne pas bien, c'est qu'il y a quelque part une impureté, un grain de sable qui dérange l'horloge ; il faut donc d'abord déloger l'intrus et puis le chasser du système, et voici comment ils s'y prennent : ils font un massage profond, jusqu'à l'os (de là leur nom d'ostéopathe qui est entre parenthèses très mal adapté, mais ils l'ont choisi eux-mêmes sans être académiciens), ce massage profond, qui déloge le soi-disant grain de sable, est suivi d'une sudation abondante dans des couvertures en même temps que le malade boit à grandes eaux, pour entraîner les impuretés à travers les émonctoires.

Le système suivant, comme les deux précédents, méconnaît tout médicament. Ses partisans, les électropathes, emploient l'électricité sous toutes ses formes : courants faradiques, galvaniques, statiques, galvano-caustiques, thermiques et chimiques, etc. ; leurs installations épatent, par le luxe, la multiplicité et le perfectionnement de leurs divers appareils, tous ceux qui ont eu comme moi la chance de pouvoir les voir en détail.

Une école, antipode de la précédente en ce sens qu'elle ne suit pas les progrès du siècle (chose bien rare aux Etats-Unis), c'est celle formée par ce que j'appellerai les herbistes ; ce sont des médecins qui font comme nos pères : ils n'emploient que les plantes comme agents thérapeutiques et rejettent l'usage des alcaloïdes comme tels et des principes chimiques et animaux. Il faut dire que la plupart de ses adeptes sont relégués dans le fin fond des campagnes.

Enfin une certaine classe de médecins, toute d'actualité, tâche de restreindre son arsenal thérapeutique aux produits animaux : les sérums, les organes triturés sont administrés par toutes les voies imaginables ; vous avez, par exemple, une maladie de foie, ils vous font manger des parties constituantes de cet organe plusieurs fois par jour. Ils vous injectent hypodermiquement des principes tirés du foie, etc., etc. Le malade est reçu chez eux au milieu de cornues, de bocaux, et d'autres ustensiles similaires qui ont la propriété d'agir au moins par suggestion.

Comme vous le remarquez déjà, nous rencontrons aux Etats-Unis, en médecine comme dans l'industrie, la spécialisation à outrance. Il y a même des spécialistes qui ne traitent que les hémorrhoïdes, d'autres les hernies, d'autres les varicocèles ; d'autres ne traitent que les maladies du rein ou uniquement les maladies de cœur, et ainsi de suite. Ils ont beaucoup de vogue, en général.

Il y a une spécialité qui réussit aux Etats-Unis et dont je n'avais jamais entendu parler ici, c'est l'*orificial surgery*, c'est-à-dire la chirurgie des orifices. Comme le dit le nom, ces spécialistes ne traitent que le nez, la bouche, la rectum, le vagin et l'urèthre : c'est un assemblage varié, tout au moins bizarre ; heureusement pour le malade, l'antisepsie est aujourd'hui très rigoureuse et bien suivie aux Etats-Unis.

Quant à la chirurgie, elle est aussi bien représentée aux Etats-Unis que sa sœur la médecine semble y être mal partagée : j'ai vu opérer en Belgique, en Allemagne, en Suisse et en Italie, et je dois dire qu'en général, au point de vue de l'opération, les Américains sont étonnants. Ils ont d'ailleurs toutes les qualités naturelles requises pour faire de bons opérateurs : ils sont très intelligents, ne reculent devant rien, d'un flegme imperturbable et d'une habileté très grande ; j'ai vu faire, par SENN, l'un des grands chirurgiens de Chicago, trois doubles ovariotomies, une amputation de la cuisse et une désarticulation de l'épaule, tout cela en 68 minutes. Il est vrai de dire que ses installations pratiques au County hospital de Chicago, et ses

aides expérimentés et dressés, lui facilitent singulièrement la besogne pour épargner son temps précieux ; une séance comme celle-là donne l'impression d'une belle boucherie, proprement faite et admirablement enlevée. Dans tous les hôpitaux de Chicago et dans ceux de la majorité des autres villes des Etats Unis, le malade est chloroformé dans son lit, puis porté sur la table d'opération. Dans la plupart des policliniques gynécologiques où il y a un auditoire d'étudiants, un rideau sépare en deux la table d'examen, de manière à cacher le haut du corps de la consultante ; celle-ci, de cette manière, n'est connue que du professeur et d'un assistant. Il faut, me disait le professeur, ménager la pudeur des Américaines. Il est assez cocasse de voir, pour la première fois et sans être prévenu, s'avancer de dessous ce voile deux jambes longues et amaigries suivies d'un bassin ordinairement délabré. Cette progression s'arrête à la ceinture ou à l'endroit où devraient se trouver des seins.

Le dessous de l'aile des chirurgiens américains se trouve, en général, au diagnostic, aussi ai-je souvent entendu dire dans les hôpitaux : « voilà un cas obscur, nous allons ouvrir pour voir ce que c'est », tandis que dans nos universités belges, le diagnostic de cas identiques est fait d'avance. Outre cela, leur manie d'opérer, qui leur donne, il est vrai, cette habileté extraordinaire, leur fait oublier cette belle chirurgie conservatrice, si fructueuse et si bénie des malades ; je dois dire qu'étant consulté tout à fait incidemment, j'ai sauvé dans les hôpitaux bien des pieds et des mains qui avaient déjà reçu leur condamnation. Dans l'hôpital du collège où j'étais chargé de la clinique ophtalmologique, j'avais un jour fait remarquer à mes confrères que parfois leurs opérations étaient un peu hâtives à mon avis. Après ce jour, bien souvent, ils me soumirent leurs cas douteux pour avoir mon diagnostic et pronostic. Quoique cela ne fût pas du domaine de ma spécialité, je ne demandais pas mieux, car ce sont les cas difficiles qui sont les plus instructifs et les plus intéressants.

Quant aux relations des malades avec les médecins, ces derniers sont considérés par les malades comme de simples « business men », c'est-à-dire des hommes qui soignent leurs finances. Beaucoup de malades demandent d'avance ce qu'ils auront à payer, et si le prix fixé leur paraît trop onéreux, ils prennent leur chapeau sans demander leur reste. D'autres, moins entreprenants, envoient un frère, un ami, etc., pour exposer le cas et savoir combien il leur sera demandé. D'autre part, bien des médecins, s'ils ne connaissent pas leur client, se font payer avant de donner le moindre avis ou avant de sortir de chez eux en cas de visite à domicile.

Ces procédés vous paraissent sans doute étranges, mais on comprend vite que c'est dans l'intérêt de chacun de le faire ainsi et l'on s'y habitue rapidement : la comptabilité en est bien simplifiée et les bons comptes font les bons amis, surtout en Amérique.

Si le médecin, aux Etats-Unis, ne jouit pas en général de la même considération qu'en Europe, c'est uniquement de sa faute. Le malade voit de suite à qui il a affaire et se met au même diapason que son interlocuteur, car l'Américain a beaucoup d'amour-propre et hait de se voir dominé. Le médecin des Etats-Unis qui se respecte et respecte les autres est aussi estimé et aussi considéré que le médecin européen, je dirai même plus considéré, car étant une exception, il fait d'autant plus contraste.

Ce qui diminue l'estime du peuple américain pour ses médecins, c'est d'abord l'insuffisance des uns et ensuite la grossièreté des autres envers les malades ; parce qu'ils ont le droit de prescrire la ligne de conduite d'un traitement, ces praticiens croient qu'ils ont tout à dire et traitent souvent leurs malades comme des chiens.

Une autre plaie, très répandue parmi les médecins, c'est d'abord l'alcoolisme, et ensuite la morphinomanie, ou l'usage de cocaïne, etc .. Je n'ai jamais pu comprendre comment un médecin, qui connaît les conséquences de ces abus et de ces habitudes, peut avoir si peu de volonté pour s'y laisser aller, et, hélas ! il y en a un pourcentage tellement considérable, que je n'ose le déterminer. Enfin, une dernière cause de déconsidération : ce sont les querelles et les propos que tiennent, les uns envers les autres, des médecins ennemis. Je dois ajouter qu'il y a des phalanges de médecins qui se respectent, respectent les autres et sont absolument considérés.

Il y a une catégorie de médecins qui annoncent qu'ils ne se font payer qu'en cas de guérison : *no cure no paye*. Vous comprenez bien que cela est une amorce aux badauds nombreux qui composent le public, car un Américain ne travaillera jamais pour les beaux yeux d un autre. Voici le procédé : d'abord le médecin propose au malade le prix de la guérison qui, en cas de mauvais pronostic, est encore plus surfait pour écarter le malade. Si le malade réclame sur le prix fait et que le médecin y voit un cas curable, celui-ci s'efforcera de lui démontrer que, garantissant la guérison absolue, il mérite une rémunération plus élevée que celle du « vulgum pecus » des médecins qui n'ont pas assez de science, etc., etc., pour offrir la même garantie, etc. Le malade, enfin, est convaincu, il consent. On passe à l'examen. Il faut analyser l'urine, les crachats, etc., au microscope, tout cela demande un compère, pardon, un expert, qui doit être payé de suite, et il faut que ce soit l'expert attaché à l'établissement du médecin, parce que celui-ci tient à ne pas être trompé et doit être certain que l'analyse a été bien faite. Quand on en arrive au traitement, le praticien a un remède miraculeux pour ce cas, mais comme il a mis des années pour le découvrir, il ne peut le livrer dans une prescription, et le malade reçoit directement le médicament qu'il paie avec d'autant plus d'entrain qu'il se dit qu'il est heureux de ne pas devoir attendre qu'il soit préparé : cela fait autant de temps gagné pour lui. En fin de compte, le malade a parfaitement payé son traitement, mais sous une autre forme, et si le malade guérit, le praticien touche encore la prime.

Je vous cite ce truc-ci, mais il y en a à perte de vue. Dans le commerce, l'industrie, partout aux Etats-Unis, tous sont occupés partout et toujours à chercher des moyens, des trucs nouveaux, ce qu'ils appellent en langage patois des « skeem », en français familier « des tuyaux ».

Quelques années de pratique aux Etats-Unis sont très fructueuses en enseignements de toutes espèces, parce que l'esprit

pratique et les idées larges y dominent et constituent la supériorité de l'Américain.

Vous avez pu remarquer que ce ne sont pas toujours les étudiants qui ont passé les plus brillants examens qui réussissent le mieux dans la pratique ; et pourquoi ? Ma foi, je n'en sais trop, mais un Américain vous dirait que c'est parce que la théorie sans l'esprit pratique, cela n'est bon qu'à micrographier des tumeurs, mais cela ne fait pas revenir le malade une seconde fois chez le médecin. Il ne suffit pas, pour réussir, de connaître par cœur le nom et les rapports les plus éloignés des muscles, des artères et des nerfs, etc., que l'on doit rencontrer dans une opération ; il ne suffit pas non plus de savoir faire l'opération, mais il faut savoir (et c'est souvent là le point qui demande le plus d'habileté et de diplomatie) comment décider le malade à se laisser faire l'opération et à se la laisser faire par vous-même. C'est triste à dire, mais c'est ainsi, il faut captiver la confiance de son malade. C'est en cela que l'Américain excelle, il sait inspirer confiance et tout est là : il a des ficelles innombrables, et sans avoir l'air d'y toucher, sait endoctriner ceux auxquels il parle. Il ne dit pas beaucoup, mais toutes ses paroles ont d'autant plus de poids dans la consultation.

Les rapports des médecins entre eux se font tout d'abord par les grandes sociétés médicales officielles, comme en Europe ; vous les connaissez. Il y a en outre des groupes privés de quelques médecins, j'allais dire de quelques amis, qui se réunissent à tour de rôle chez l'un des membres, à jours fixes, le soir. Ces réunions sont très intimes, on y cause de toutes les questions intéressant les médecins : chacun y apporte son miel, et les discussions y sont toujours très amicales, à idées larges. Ces médecins s'entr'aident malgré que, le plus souvent, ils vivent dans le même rayon de la localité ; s'ils jugent nécessaire un consultant, un spécialiste, s'ils ont une opération à faire, ils choisiront toujours un des leurs et n'en voudront pas d'autres ; en un mot, ils se soutiennent comme les Israélites, car j'ai été dans l'intimité des familles juives et j'ai pu voir que tout le secret de la puissance et des succès des juifs est dans leur activité et leur union : en effet, ils se tiennent par la main sans crier leur devise, tandis que le Belge l'affiche sur l'écusson national mais ne la mettent pas en pratique, témoin les trois mille Belges qui sont à Chicago et qui se fuient.

Mais il n'est pas même nécessaire d'aller à Chicago pour cela ; n'avons-nous pas, dans notre sein même, le flamingantisme, sorti d'un cerveau brûlé, il y a une quinzaine d'années, alors que nos pères avaient presque réussi à unifier tous les Belges, pour la prospérité générale ? Mais revenons à nos moutons. En dehors de ces petits clubs médicaux disséminés, dont je viens de vous parler, qui n'ont aucun caractère politique ni religieux, les médecins se déchirent l'un l'autre, mais ouvertement ; ils s'intentent des procès en diffamation, ils incitent leurs clients à recourir en justice contre le médecin qui a précédé dans le traitement, s'il a fait la moindre faute ou commis la plus légère imprudence : c'est le « struggle for life » ouvertement à outrance, c'est l'*invidia medicorum pessima* déchaînée.

Vous concevez par là que le médecin des Etats-Unis a des responsabilités bien plus lourdes que le médecin belge, mais il le sait et s'entoure de toutes les garanties ; il ne fera pas une opération sans plusieurs aides témoins, car il sait que s'il se passe de ceux-ci, il peut être appelé à les payer beaucoup plus cher ; aux Etats-Unis le juge peut le suspendre au réel comme au figuré et cela parfois d'une façon arbitraire, car la justice américaine est assez sensible aux pots-de-vin.

Il existe des policliniques dans presque toutes les villes un peu importantes des Etats-Unis. Mais loin d'être, comme à Bruxelles, une exploitation voulue du médecin par le public, elles ne sont gratuites qu'en apparence ; en effet, sur la façade de l'établissement il est mis en grandes lettres : consultations gratuites de telle à telle heure. Le malade vient consulter, c'est gratuit, parfaitement ! Mais il y a une pharmacie annexée et le malade y fera remplir ses prescriptions parce que ce pharmacien est plus habitué que les autres à remplir les prescriptions de ce médecin, il offre donc plus de garantie pour le client. D'autre part, le clinicien fait savoir incidemment à son client que ce pharmacien a des produits de tout premier choix, etc., etc., bref le malade s'y rend, c'est d'ailleurs plus près et donc plus pratique. Ensuite, si dans le courant de la consultation il y a une manipulation d'un instrument ou d'un médicament (cautérisation, etc.), cela se paie, car « consultations gratuites » ne veut pas dire « opérations gratuites », même la prescription n'est donnée gratuitement que par pure complaisance. Les pansements se paient également. De même dans le service d'ophtalmologie le malade paie ses lunettes ou pince-nez, car le meilleur opticien du monde est attaché à la policlinique. Le clinicien exerce son contrôle immédiat sur la qualité des verres et montures comme sur l'exécution de la prescription, tout comme pour le pharmacien de la policlinique ; tout cela rapporte gros à la société.

Si le malade doit séjourner à l'hôpital, il y paie ses 10 à 25 dollars par semaine pour logement, nourriture et pansements, de sorte que, comme vous le voyez, on peut comparer la policlinique en Belgique à celle des Etats-Unis, comme on peut établir la comparaison entre un pêcheur à la ligne qui donne un beau ver de terre pour n'attraper qu'un maigre poisson, si bien entendu celui-ci ne réussit pas à filer avec l'appas, et le cas du pêcheur au filet, qui, même sans devoir mettre d'amorce, peut attraper du même coup une multitude de poissons.

A Chicago, il n'y a qu'un hôpital entièrement gratuit, c'est le County hospital, hôpital subsidié par la ville et le comté, et cependant il y a près de deux millions d'habitants.

« In God we trust » est la devise du grand peuple des Etats-Unis, mais il y en a une autre qui n'est écrite nulle part mais qui domine tout le peuple américain et que tous mettent en action, c'est : rien pour rien. Quelqu'un vous rend un service, il s'attend à en être payé de l'une ou l'autre façon. Si vous vous exécutez, vous pourrez lui en demander un second, un troisième, mais si, novice, vous ne vous exécutez pas, vous trouverez ensuite porte de bois, car tout se paie ; si un médecin envoie un malade à un spécialiste, ami ou non, le spécialiste lui adressera, malgré ses protestations, au moins le quart de ses honoraires en cas d'opération, sinon il peut être certain d'avance de ne plus revoir jamais un malade envoyé par ce médecin ; les médecins américains trouvent cela absolument

rationnel et voici leur raisonnement : le médecin de famille, en conseillant tel spécialiste, prend sur lui une part de responsabilité avant, pendant et après le traitement. Si le malade n'est pas satisfait, — il y en a toujours, il y en a même qui ne le sont jamais, — on le reprochera au médecin de famille soit directement, soit indirectement, chaque fois qu'il pénétrera dans cette maison pour soigner un des membres de cette famille, on trouvera plaisir à lui mettre devant les yeux l'œuvre attribuée toujours à celui qu'il a recommandé et cela sera la comédie non pas d'une saison théâtrale, mais de bien des années. Le médecin de la famille sentira ainsi, plus que le spécialiste lui-même, le poids des responsabilités d'un insuccès, et comme toute responsabilité se paie, disent les Américains, il faut que celle-ci le soit aussi.

Avant de terminer, laissez-moi vous dire un mot des « loges », qui sont l'analogue des mutualités belges, mais en diffèrent beaucoup au point de vue médical, en ce qu'elles ne sont pas l'exploitation évidente des médecins. En effet, pour être admis dans la loge, le postulant doit passer la visite médicale, car ce sont en même temps des sociétés d'assurances sur la vie. Cet examen doit se faire à la consultation au domicile d'un des médecins de la société, au choix du nouveau membre, et le client paie de sa poche deux dollars (10 fr. 35 cent.), ce qui correspond à une consultation de six francs ici : c'est plus que le prix ordinaire d'une consultation d'un médecin *non spécialiste*.

Ensuite, en cas de maladie d'un membre de la société, on donne à ce membre une indemnité de 20, 40, 100 dollars par semaine, suivant le montant de sa cotisation, et le malade, avec cet argent, se fait soigner par n'importe quel médecin de son choix. Chaque semaine, et même plus souvent, un émissaire de la société vient voir le malade à seule fin de prévenir tout abus. Il n'y a donc aucune réduction de tarif et le médecin n'est pas exploité, toujours il est rétribué convenablement et il n'y a pas de traitements fixes, à forfait, dérisoires.

(Presse Médicale Belge).

NOUVELLES & INFORMATIONS

En raison de la création d'un certain nombre d'unités nouvelles, en raison aussi des déplacements trop multipliés qu'on est actuellement forcé d'imposer aux médecins militaires pendant la session des manœuvres, des écoles à feu, des marches en montagne, etc., sans parvenir toujours à assurer complètement le service, le ministre de la guerre a déposé à la **Chambre des Députés**, un projet de loi portant augmentation du cadre des médecins-majors de deuxième classe et du corps des médecins aide-majors de première classe.

— Les règlement et programme préliminaire du **XIIIe Congrès international de médecine** qui se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900 viennent d'être publiés. Nous y relevons le nom de nombre de nos collègues, et nous avons plaisir à constater que Lille n'a point été oublié, dans la commission générale non plus que dans les sections.

MM. les professeurs CALMETTE, DEBIERRE, FOLET, DE LAPERSONNE sont au nombre des 121 membres de la commission générale d'organisation.

Font partie comme membres :

a) De la section d'anatomie descriptive et comparée, M. DEBIERRE, rapporteur, en outre, de la question : **Des centres de projection et d'association dans le cerveau** ;

b) de la section de physiologie, physique et chimie biologiques, MM. les professeurs LAGUESSE, LAMBLING et WERTHEIMER ;

c) de la section de pathologie générale et de pathologie expérimentale, MM. les professeurs CALMETTE, COMBEMALE, CURTIS, LAMBLING ;

d) de la section de bactériologie et parasitologie, MM. les professeurs CALMETTE et MONIEZ ;

e) de la section de pathologie interne, M. le professeur COMBEMALE.

f) de la section de dermatologie et de syphiligraphie, M. le professeur CHARMEIL ;

g) de la section de chirurgie générale, MM. les professeurs FOLET et PEUGNIEZ (d'Amiens).

h) de la section de chirurgie de l'enfance, M. le professeur PHOCAS ;

i) De la section de chirurgie urinaire, M. le professeur CARLIER ;

j) de la section d'ophtalmologie, M. le professeur DE LAPERSONNE ;

k) de la section de stomatologie, M. le docteur REDIER ;

l) de la section d'obstétrique, M. le professeur GAULARD ;

m) de la section de médecine légale, M. le professeur CASTIAUX, chargé en outre d'un rapport **sur les lésions valvulaires consécutives à des contusions des parois thoraciques** ;

n) dans la section de médecine et de chirurgie militaire, sous-section des colonies, M. le professeur CALMETTE est chargé du rapport sur le **tétanos dans les pays chauds, sa prophylaxie**.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par décret, en date du 23 mai, notre collaborateur, le professeur CALMETTE, médecin principal des colonies, est promu au grade de médecin en chef de deuxième classe. Toutes nos félicitations !

— A l'occasion de la fête communale, et conformément à la décision ministérielle du 21 juin 1892, les **cours, conférences et travaux pratiques** vaqueront dans la Faculté de médecine et de pharmacie, le lundi 12 juin 1899.

— Parmi les **nominations dans le cadre des médecins de réserve** et de l'armée territoriale, nous relevons, comme intéressant notre région, celles de MM. les docteurs BIGOTTE, d'Haubourdin ; LEPOUTRE, d'Haubourdin ; DUBOIS, de Thérouanne ; HÉRIN, de Féchain ; LEFEBVRE, de Lille ; CREUTZER, de Lille ; DECOOPMAN, de Condé-sur-Escaut, comme aides-majors de réserve ; de M. le docteur POTIÉ, de Vieux-Berquin, comme aide-major de la territoriale.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. A.-A. DURASNEL, d'Arras (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès le jeudi 25 mai, sa thèse de doctorat (5me série, n° 123), intitulée : **La défense de l'Europe contre l'invasion des épidémies indiennes par voie maritime**.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Paris. — M. le docteur Brissaud est nommé professeur d'histoire de la médecine, à l'Université de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Ont été nommés correspondants nationaux (1re division), MM. les docteurs Vincent, de Rochefort; Coyne, de Bordeaux.

Société de biologie. — M. le professeur Chantemesse a été élu membre titulaire.

HOPITAUX

Paris. — Le concours pour trois places de **médecin des hôpitaux** s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Legry, Teissier, Hudelo.

— Au concours pour deux places de **chirurgien des hôpitaux**, MM. les docteurs Auvray et Launay ont été nommés.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Est nommé sous-directeur, le docteur Bourrillon, ancien député de la Lozère.

Constantinople. — Est nommé chirurgien français de l'hôpital français, le docteur Denis, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Boutequoy, de Châtillon (Côte-d'Or); Forest, de Troyes (Aube); Bouyon, de Bromont-Lamotte (Puy-de-Dôme); de Fornel, médecin en chef de la marine; Friot, de Nancy (Meurthe-et-Moselle); Helme, de Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Talon, d'Arles (Bouches-du-Rhône); Bimler, à Beaune (Côte-d'Or); Bougey, à Auxonne (Côte-d'Or); Lombard, Maestrati, Combes, Morin, Naret, Sureau, du Périer, Rabion, de Paris; Barbancey, de Montpont sur l'Isle (Dordogne); Marquis, de Nîmes (Gard); Royet, de Villepinte (Seine); Marche, de Sainte-Foix-la-Grande (Gironde).

Médaille d'honneur des épidémies. — MM. les docteurs Gauthier, de Marseille; Fabre, Martelli, médecins sanitaires.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Blet, médecin de la Chambre des députés; Chicou, de Donzenac (Corrèze); Lemonnier, de Rennes (Ille-et-Vilaine); Rougnet, de Monnaie (Jura); Rubino, de Marseille (Bouches-du-Rhône); Laforest, de Thiais (Seine-et-Oise); Gillebert d'Hercourt, de Paris; Létinois, médecin des colonies, tué dans une embuscade, au Cavally; Cros, de Montpellier (Hérault); Pichancourt, de Bourgogne (Marne); Delarocheaulion, d'Evian (Haute-Savoie); Charpentier, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine;

Odoul, de Ville-en-Tardenois (Aisne), mort à 28 ans, à Lille, succombant aux fatigues de la profession médicale; Bigot, d'Hazebrouck (Nord), mort à 27 ans, de piqûre anatomique. Nous adressons à la famille de ces infortunés confrères, l'expression de nos bien vives condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

21e semaine, du 21 au 27 Mai 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	2
3 mois à un an	5	3
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	5	9
40 à 60 ans	9	7
60 à 80 ans	19	15
80 ans et au-dessus	1	4
Total	50	50

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	4	10	14
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	6	13	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	2	»	»	1	»	»	»	»	»	5	13	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	3	6	2	»	»	4	»	1	»	»	»	5	22	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	3	7	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	13	16	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	2	6	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	6	9	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6
Total	»	»	»	»	2	1	»	4	11	10	6	»	»	18	3	1	»	»	»	44	100	121

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant. Th. CLERQUIN

N° 126. Troisième Année, N° 24. Le Numéro : **10** centimes. 11 Juin 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La médication thyroïdienne dans les fractures

Par le docteur **Lambret,** chef de clinique chirurgicale.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur l'histoire du corps thyroïde, une remarque curieuse s'impose à l'esprit ; autrefois cette glande semblait intéresser médiocrement les physiologistes, on la considérait même comme en voie de disparition ; à l'heure actuelle son importance paraît énorme, et comme le dit THIBIERGE, cet organe qui normalement pèse 25 grammes à peine et pendant longtemps ne semblait même pas remplir le rôle d'une utilité, s'élève aujourd'hui à la dignité de premier rôle dans le grand drame de transformation et d'évolution de la matière vivante. D'un excès ne tombons-nous pas dans un autre ? C'est ce que l'avenir nous apprendra, mais jusqu'à présent les données scientifiques ne sont pas assez rigoureuses pour répondre à cette question. Nous traversons, quoiqu'on en dise, une période de tâtonnements pendant laquelle des faits s'accumulent, des explications s'ébauchent, et c'est à peu près tout.

L'action qu'exerce sur la nutrition générale, la sécrétion interne de la glande thyroïde est considérable, les troubles trophiques consécutifs aux altérations de la fonction thyroïdienne nous en fournissent l'évidente démonstration. L'idiotie myxœdémateuse et le crétinisme par exemple, sont nettement la conséquence de l'absence ou de l'atrophie de la glande thyroïde ; le myxœdème opératoire succède à l'ablation totale de la même glande. Les rapports des affections à type basedowien avec les troubles de fonctionnement du corps thyroïde mériteraient peut-être de nous arrêter également, mais ces faits, quoique très discutés, sont suffisamment connus pour que nous nous dispensions d'insister. Par contre, voici un point bien établi : qu'il y ait insuffisance de fonctionnement ou fonctionnement défectueux et vicié, l'absorption de glande thyroïde d'un animal quelconque peut souvent faire disparaître un certain nombre des phénomènes morbides qui constituent une maladie ; une sécrétion thyroïdienne étrangère peut suppléer une sécrétion anormale ou tarie. L'opothérapie thyroïdienne compte à son actif des succès sur lesquels il n'y a pas à revenir, mais il faut ajouter qu'elle compte également des insuccès un peu déconcertants ; non pas évidemment qu'elle soit capricieuse dans ses effets, mais simplement parce que son mode d'action est inconnu dans son essence et que nous ignorons quand le traitement est appliqué à tort. L'extension prise par

la médication thyroïdienne est déconcertante elle aussi ; on a donné la glande thyroïde dans un grand nombre d'affections qui n'ont les unes avec les autres que des relations lointaines, même douteuses, mais c'est un point de la question que nous ne voulons pas discuter ; et en vérité nous ne savons s'il y a eu abus, bien que, parfois l'idée directrice nous échappe.

Est-ce faire de l'empirisme que d'employer la médication thyroïdienne dans les fractures, ou bien ce moyen thérapeutique repose-t-il sur des bases scientifiques sérieuses ? Quelques faits que nous allons signaler les uns à la suite des autres, vont nous donner une idée de l'action qu'exerce la sécrétion thyroïdienne sur le système osseux :

Il existe dans l'idiotie myxœdémateuse un phénomène saillant, c'est le nanisme. BOURNEVILLE et BRICOU ont dit tout ce qu'il y avait à dire sur ce sujet, et tout le monde connaît aujourd'hui cet arrêt du développement physique caractérisé non seulement par la petitesse de la taille (par conséquent des os), mais encore par des déformations osseuses caractéristiques.

Dans le crétinisme, quand l'affection survient tardivement, le sujet possède des dimensions normales, mais quand elle apparaît dans le jeune âge, on observe un arrêt considérable dans l'accroissement de la taille.

Certains basedowiens présentent des troubles curieux, assez analogues à ceux que produit l'ostéomalacie, des modifications se montrent dans la structure des os, qui deviennent fragiles et surtout flexibles.

HERTOGHE prétend que la croissance exagérée de certains individus est le résultat d'une sécrétion thyroïdienne très abondante « on entend dire parfois lorsqu'un enfant grandit trop vite, qu'il est maigre à force de grandir. Nous pensons que l'enfant maigrit, non parce qu'il grandit, mais en même temps qu'il grandit et sous l'empire de la même cause. Cette cause n'est autre, d'après nous, qu'une activité thyroïdienne exagérée.

L'expérimentation fournit à son tour des faits intéressants. La plupart sont cités tout au long par DANIS (1). Des physiologistes GLEY, TRACHEWSKY, HOFMEISTER, EISELSBERG ont démontré expérimentalement l'action de la glande thyroïde sur le squelette. C'est ainsi que GLEY a présenté, en 1894, à la Société de biologie, une chèvre à laquelle il avait pratiqué, à l'âge de six mois, la thyroïdectomie : la taille de l'animal était demeurée remarquablement petite. La même année HOFMEISTER (1) ayant fait l'ablation de la glande thyroïde chez des jeunes lapins, constate une diminution considérable de l'accroissement des os en longueur ; ce phénomène ne paraît pas devoir être attribué à une ossification prématurée du cartilage de conjugaison, mais au contraire à un retard dans cette ossification ; il existait au niveau de ces cartilages une dégénérescence spéciale, caractérisée par la diminution de la prolifération cellulaire, l'atrophie et la destruction partielle des cellules une augmentation d'épaisseur et une transformation fibrillaire de la substance fondamentale.

TRACHEWSKI (1895), enlevait le corps thyroïde à des femelles de lapins en gestation et constatait l'apparition du rachitisme chez les fœtus. EISELSBERG (2) a pris, trois agneaux nés en même temps de trois brebis différentes, deux, les mieux constitués, ont été thyroïdectomisés, le troisième de beaucoup en retard sur les autres, fut choisi comme sujet témoin ; au bout d'un mois ce dernier avait rattrapé les autres et six mois après il pesait plus lourd que les deux réunis. Sur des chevreaux les résultats furent identiques.

— Chez l'homme, quand la thyroïdectomie est pratiquée dans l'enfance, il se produit un arrêt constant de la croissance qui suffirait à lui seul, à défaut des autres symptômes du myxœdème opératoire, à contrindiquer l'opération avant que le développement du squelette soit achevé. Qu'on nous permette de citer ici une observation publiée par LANCEREAUX, en 1893, dans la *Semaine médicale*, elle est typique à cet égard :

« Un enfant de onze ans, très bien portant, intelligent, puisqu'il était le premier de sa classe, portait au cou une tumeur que le médecin traitant considérait comme un kyste et qu'il proposa de combattre par le passage d'un séton. La famille ne voulant pas se référer à cet avis, alla consulter un médecin spécialiste des maladies de l'enfance et celui-ci conseilla l'ablation du corps thyroïde. L'organe fut enlevé tout entier et l'enfant guérit. Quatre mois plus tard celui-ci se faisait remarquer par les phénomènes suivants : démarche pénible et embarrassée, lenteur dans les mouvements, décoloration des téguments,

(1) Thèse Lyon, 1896.

(1) HOFMEISTER, Beitrag fur clin. chir. *Semaine Médicale*, 1894.

(2) EISELSBERG. Arch. fur clin. chir. von LANGENBECK, t. XLIX.

changement de physionomie, gonflement des membres et refroidissement des extrémités. Mais ce qu'il y avait de plus frappant chez lui, c'était la déchéance progressive des facultés intellectuelles, la lenteur de la parole, la nonchalance dans la conversation, à part certains moments où il lui arrivait de trouver quelques bons mots et certaines excitations momentanées, tout un ensemble enfin qui le rapprochait absolument du crétin.

» Aujourd'hui, quatre ans après l'opération, ce jeune garçon *a conservé la taille qu'il avait à cette époque*.. »

Dans la thèse de Danis on trouvera un certain nombre d'observations identiques.

— Hanau et Steinlein (*Congrès de Francfort*, 1895), ont vu que chez des animaux éthyroïdés, les fractures expérimentales se réparaient d'une façon très lente, le cal était d'un très petit volume et la période cartilagineuse prolongée. En conséquence, comme l'indique Ganthier (de Charolles), ces auteurs avaient été amenés à penser que l'ingestion de la glande thyroïde pourrait être conseillée pour favoriser la formation du col.

Ces faits suffiraient à la rigueur. Mais ils en évoquent d'autres qui sont en quelque sorte leur consécration. Nous voulons parler des résultats excellents au point de vue osseux obtenus par l'opothérapie thyroïdienne. Dans presque tous les cas où elle a été appliquée chez des sujets jeunes, dont les cartilages de conjugaison étaient encore en voie de prolifération, les résultats ont été manifestes. Chez les myxœdémateux soumis à la médication on obtient constamment un accroissement de la taille qui est souvent remarquablement rapide, les observations d'Hertoghe, de Bourneville, de Combe, de Moussu, Hanau, Golberg, sont très concluantes à cet égard, c'est ainsi qu'un malade de Combe grandit de sept centimètres en six semaines. St-Philippe et Guyot, chez les enfants retardés ont obtenu des résultats analogues et d'une façon à peu près certaine ; en quatre semaines, un de leurs malades passait de 0.65 à 0.71 centimètres. D'ailleurs Shmidt a vérifié, par la radiographie, cette influence de l'ingestion de corps thyroïde sur le développement des os. Chez un myxœdémateux de seize ans, on constatait à la partie inférieure du fémur une ligne blanche épiphysaire qui disparut rapidement sous l'influence du traitement thyroïdien. Gauthier rapporte encore que Spinger et Serboresco ont également vu de leur côté par la radiographie que dans le myxœdème, les cartilages de conjugaison persistaient longtemps sans s'ossifier et ont constaté que le traitement thyroïdien était susceptible de faire croître la taille jusqu'à 34 ans.

Dans un désordre plus apparent que réel, nous venons d'énumérer les uns après les autres un certain nombre de faits qui sont reliés entre eux d'une façon assez intime, car ils montrent formellement que la glande thyroïde exerce sur la nutrition du tissu osseux une action manifeste. Dès lors, pourquoi ne pas étendre aux traumatismes des os cette médication thyroïdienne déjà si prodiguée ? Nous l'avons vu, l'application de ce traitement avait été conseillée par Hanau et Steilen au Congrès de Francfort de 1895. Mais c'est Gauthier (de Charolles) (1) qui paraît avoir, le premier, donné systématiquement le corps thyroïde, dans le but d'accélérer la réparation osseuse dans deux cas de fractures à consolidation retardée. Il obtint deux succès. Depuis, quelques résultats heureux furent signalés à l'étranger. Le 6 décembre 1898, à la tribune de la Société de chirurgie, Quénu rapportait une belle observation de pseudarthrose, guérie par la médication thyroïdienne ; voici un résumé de cette observation : fracture ouverte du fémur, résection d'un fragment qui avait troué la peau, drainage, suppuration longue, six mois après aucune trace de consolidation, membre ballant, ingestion de capsules de thyroïdine : la consolidation était telle au bout de cinq jours, que le surlendemain avec un silicate, le malade se levait et marchait. A la même séance Reclus apportait à cette communication une confirmation personnelle et relatait un cas où il avait également administré quelques capsules de thyroïdine « l'effet, dit-il, fut réellement foudroyant, je ne sais plus trop si c'est en cinq jours, comme dans le cas de M. Quénu, mais en très peu de temps, le cal fondit et la consolidation eut lieu. Je dois dire que depuis, pour des retards de consolidation, j'ai employé la thyroïdine avec un résultat négatif. » A cette époque, M. le professeur Folet avait (2), dans son service, un cas de consolidation retardée, tous les traitements employés ne produisaient aucune amélioration, il fit donner tous les jours au malade trois pastilles de corps thyroïde dosées à 0,20 centigrammes ; après quatorze jours de

(1) *Lyon médical*, 1897.
(2) Cette observation a été publiée par notre maître, dans l'*Echo médical* du 29 janvier dernier.

ce traitement, une consolidation presque parfaite était obtenue et le malade, marchant sur une jambe solide, quittait l'hôpital. Nous avons depuis vu dans deux cas de consolidation paresseuse, l'administration des mêmes pastilles, être suivie d'un résultat rapide et presque stupéfiant ; par contre, chez un troisième malade, l'échec fut complet.

Très frappé par ces succès extraordinaires, l'idée nous est alors venue d'étudier les effets de la médication thyroïdienne dans les fractures récentes. Un cas propice se présentait d'une façon tout à fait opportune à notre observation. Le voici dans son intégrité :

Le 21 avril dernier, j'étais appelé comme médecin du chemin de fer, à voir de grand matin, un ouvrier qui s'était cassé la jambe en manœuvrant des wagons. Je diagnostiquai une fracture oblique du tibia, fracture siégeant au tiers inférieur, le péroné étant cassé un peu plus haut. Je fis immédiatement transporter le malade à l'hôpital St-Sauveur, dans le service de mon maître le professeur Folet, où quelques heures plus tard, avant l'apparition de tout gonflement, je lui appliquai un appareil plâtré. Je me proposais de lui mettre un appareil de marche dès le lendemain, mais la besogne étant à ce moment considérable, le malade fut oublié et cet appareil fut mis le sixième jour ; il s'en servait d'ailleurs avec une grande agilité, allait, venait dans les salles, montait et descendait les escaliers pour se rendre au jardin. Dès le lendemain de son accident, on donna par jour trois capsules de corps thyroïde, dosées à 0,20 centigrammes. Je me proposais d'examiner le degré de solidité le quinzième jour, mais cet examen ne fut pratiqué que le dix-septième jour, c'est-à-dire le lundi 8 mai. Nous ne fûmes pas peu étonnés de constater que la jambe était solide. Tout appareil fut supprimé et le malade autorisé à se lever. Je le fis venir le vendredi suivant à la Société de médecine et montrai en même temps la radiographie de sa fracture, dont les fragments très obliques étaient bien coaptés. Il était à ce moment au vingt-deuxième jour de sa fracture.

De ce fait unique nous ne voulons rien conclure ; il semble bien cependant que la médication thyroïdienne soit pour quelque chose dans cette consolidation extra-rapide, car nous n'avons trouvé, au cours de nos recherches, aucun exemple où la réparation d'une telle fracture ait été obtenue d'une façon aussi précoce. Sans théorie, sans hypothèse, nous livrons notre observation à la publicité, nous en faisons simplement un document d'attente et même d'appel, susceptible de susciter des cas analogues ou contradictoires.

Quant à l'action de la glande thyroïde dans les retards de consolidation, nous est-il possible d'en fournir une explication ? Ces retards ne seraient-ils pas dus à une insuffisance du fonctionnement d'un organe d'apparence sain, à l'hyposécrétion interne d'une glande thyroïde, ne fournissant pas à l'organisme une quantité suffisante de suc ?

C'est une hypothèse plausible, peut-être vraie dans certains cas, mais fausse certainement dans d'autres. Ces autres ne seraient-ils pas précisément ceux où le traitement thyroïdien échoue ?

Ce sont là des problèmes que nous nous contentons d'indiquer sans chercher à les résoudre. Nous croyons que l'expérimentation n'a pas dit à ce sujet son dernier mot et nous serions, par exemple, curieux de connaître les résultats qu'obtiendrait l'auteur qui soumettrait au traitement thyroïdien des fractures faites chez un certain nombre d'animaux, un nombre égal d'animaux non soumis au traitement restant comme témoins.

Notre seule ambition dans cet article était d'appeler l'attention du public médical sur des faits curieux, sur des résultats intéressants malgré l'incertitude qui règne sur eux et l'absence de rigueur scientifique. Qu'importe, si au fond de tout cela il y a quelque chose ? Ce quelque chose finira par se dégager un jour. Mais dès à présent nous croyons qu'on est en droit d'administrer la glande thyroïde dans les retards inexpliqués de consolidation des fractures. Nous pensons même que dans le but de gagner quelques jours il faut tenter cette médication dans les fractures récentes principalement chez les gens pressés, que leurs occupations réclament, chez tous ceux dont la nutrition est ralentie et qui n'opposent aux dégâts traumatiques que des cellules paresseuses pour le travail de réparation. L'emploi de cette médication dont le maniement est délicat, qui n'est pas exempte d'inconvénients, est d'autant plus autorisé qu'il sera de courte durée. Il ne sera pas comme dans le goitre, dans le myxœdème, nécessaire d'y avoir recours à différentes reprises et pendant longtemps. Dans les fractures le résultat obtenu sera définitif et l'effet étant produit, l'opothérapie thyroïdienne sera pour toujours abandonnée.

Sur la présence d'Oxydases indirectes dans les liquides normaux et pathologiques de l'homme (1)

par le docteur **G. Carrière**,
Professeur agrégé des Facultés de Médecine,
Chef du Laboratoire des cliniques à l'Université de Lille.

Travail de laboratoire des cliniques.

Les travaux d'A. Gautier, de Traube, Jacquet, Pœhl, Abelous et Biarnès, Rohman et Spitzer ont contribué depuis quelques années à nous faire bien connaître une

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord, séance du 9 juin 1899.

classe de ferments oxydants, c'est-à-dire dégageant de l'oxygène, qu'on appelle oxydases.

M. Bourquelot, dont les travaux remarquables ont surtout bien mis en évidence les caractères de ces ferments, en distinguait en 1897 quatre classes principales.

a) une oxydase directe : l'ozone, dégageant par lui-même de l'oxygène.

b) des oxydases directes : ozonides, c'est-à-dire portant de l'ozone et jouissant des mêmes propriétés.

c) des oxydases directes n'appartenant pas aux deux classes précédentes et possédant néanmoins les mêmes qualités.

d) des oxydases indirectes. Celles-ci ne dégagent pas d'oxygène par elles-mêmes. Mais, en présence de substances oxygénées elles mettent l'oxygène de ces dernières en liberté.

Celles-ci sont bien connues depuis Schönbein qui les étudia dans les graines et les appela Sauerstoff-Uebertrager.

Linossier qui les signala dans le pus les nomme peroxydases, terme impropre comme le fait remarquer M. Bourquelot et aujourd'hui rejeté. Ce sont encore les Leptomines de Raciborwsky.

Avec M. Bourquelot nous les appellerons oxydases indirectes. Ces oxydases indirectes, M. Bourquelot les a trouvées dans les grains de maïs, de courge, dans le sérum du sang. Il ne les a jamais rencontré dans l'urine ni le blanc d'œuf.

Linossier les signale dans le pus et en fait une étude détaillée.

Abelous, tout récemment encore les trouvait dans les extraits d'organe et l'urine des chiens.

M. Lepinois avant lui et depuis est revenu sur cette question et a étudié ces oxydases dans les extraits organiques et dans leurs rapports avec les albuminoïdes.

J'ai eu l'idée de les rechercher, ces oxydases indirectes, dans tous les liquides normaux ou pathologiques de l'homme que je pouvais me procurer. Je suis heureux de remercier M. le professeur Combemale de l'obligeance avec laquelle il a mis ses malades à ma disposition ; je remercie aussi mon préparateur, M. Bournoville et M. Faseuille, assistant au Laboratoire des cliniques, de leur dévoué concours.

Pour déterminer la présence des oxydases indirectes dans les liquides examinés, nous avons eu recours aux méthodes suivantes :

Dans un uréomètre ordinaire de Denigès on place 5 cc. d'eau oxygénée ; dans le petit tube on place 3 cc. du liquide à examiner ; on bouche et on lit le volume dans l'éprouvette destinée à recueillir l'oxygène sur l'eau saturée de CaCl. On mélange et on lit le volume d'oxygène obtenu ; on réduit à 0° et à 760 mm. de pression, suivant les règles habituelles.

En second lieu on fait la réaction qualitative colorante. Dans un tube à essai on met 5 cc. de liquide à examiner et 1 cc. d'une solution saturée de gaïacol ou de teinture alcoolique de gaïac fraîchement préparée. On ajoute 5 cc. d'$H^2 O^2$ et, s'il y a des oxydases indirectes, on voit se produire une teinte grenat dans le premier cas, bleue dans le second.

Enfin, pour s assurer qu'il s'agit bien d'un ferment, on porte le liquide examiné à l'ébullition ; il ne doit plus donner aucune réaction s'il s'agit d'oxydase.

Examinons maintenant les résultats obtenus :

I. *Urines.* — Je n'ai jamais trouvé ces oxydases indirectes dans les urines de sujets normaux et sains. Je n'en ai pas trouvé non plus chez trois cardiaques (non asystoliques), deux hystériques, deux diabétiques, dans un cas de chorée chronique, dans un cas de rein flottant, un de vertige de Ménière, un de congestion hépatique, un cas de congestion pulmonaire, un cas d'érythromélalgie.

Les urines de deux cancéreux sur quatre examinés en renfermaient (1/4 cc. et 1 1/4 cc. d'O dégagé). Les urines des deux cancéreux avancés n'en contenaient pas.

Dans deux broncho-pneumonies aiguës, les urines ont renfermé des oxydases indirectes dans tout le cours de la maladie (1/2 à 1 cc. d'O dégagé). Elles disparurent comme par enchantement à la guérison.

Dans le cours d'une pneumonie franche, les urines renfermaient ces oxydases indirectes (2 cc. d'O dégagé). Cette quantité diminua (1 cc. d'O dégagé) la veille de la crise ; le jour de la crise, il n'y en avait plus, mais elles reparurent à l'occasion d'une complication survenue après quatre jours.

Dans tout le cours de deux pleuro-pneumonies, j'ai fait les mêmes constatations.

J'en ai trouvé de ces oxydases indirectes, mais en petite quantité, dans les urines de deux épileptiques à crises répétées. Chez deux neurasthéniques sur deux elles étaient bien plus abondantes. Il en était de même chez un sujet atteint de ramollissement cérébral et chez un autre atteint de purpura hémorrhagique. Sur deux rhumatismes articulaires aigus examinés j'ai trouvé une fois dans les urines les oxydases en question. Sur deux urines de paralytiques généraux, une seule en renfermait, mais en abondance notable. Dans un cas de maladie de Reichmann, l'urine en contenait également.

Sur quinze tuberculeux, j'en ai trouvé six dont les urines présentèrent ces oxydases. Jamais je n'en ai trouvé à la troisième période de la maladie, toujours il s'agissait de malades à la deuxième et surtout à la première période. Il n'y a pas de rapport entre la présence de ces oxydases dans les urines et la forme, l'allure, l'évolution de la maladie. Elle n'est pas non plus en rapport avec la fièvre, ni l'alimentation, ni le régime médicamenteux. Je

ne les ai jamais trouvées dans deux cas de tuberculoses torpides (mal de POTT, péritonite ascitique).

Sur sept brightiques, cinq avaient des urines qui contenaient ces oxydases indirectes et même en très notable proportion (1 à 4 cc. d'O dégagé).

La présence des oxydases indirectes dans les urines n'est en rapport ni avec le taux de l'urée, ni avec celui des chlorures, des phosphates ou de l'acide urique. Dans les 3/5 des cas ce sont des urines albumineuses qui en renferment, mais ce n'est point absolu. Du reste l'albumine du blanc d'œuf n'en renferme pas et certains liquides très albumineux (pleural, ascite) n'en contiennent pas plus que les urines. Il semble qu'il y ait un rapport direct entre la teneur de l'urine en oxydase et celle du sang.

On trouve donc fréquemment des oxydases indirectes dans les urines des états pathologiques et en particulier chez les brightiques, les tuberculeux à la première et à la deuxième période, et chez les sujets atteints d'affection de l'appareil respiratoire.

II. *Sang.* — Le sang d'un homme normal, non coagulé, renferme en grande quantité des oxydases indirectes. En moyenne on trouve de 18 à 24 cc. d'O dégagé. Le sérum après coagulation n'en dégage que 5 à 8 cc. Le caillot semble donc conserver ces oxydases car finement haché il donne un dégagement de 16 à 20 cc. d'O.

Les recherches que je fais actuellement me permettront de savoir quel est l'élément du sang qui renferme ces oxydases.

Mes recherches actuelles sont trop peu nombreuses pour en tirer des conclusions. J'ai noté une diminution très nette de ces oxydases dans deux cas d'urémie. Dans le premier le sang dégageait seulement 12 cc. et dans le second 10 cc. ; le sérum du premier ne donnait que 3 cc. et celui du second 2 cc.

Chez un cardiaque asystolique préagonique j'ai trouvé également une diminution (sérum 3 cc. d'O, sang 12 cc.).

La quantité d'oxydase indirecte était au contraire augmentée dans deux cas d'infections pulmonaires aiguës. Dans un cas de bronchopneumonie le sérum dégageait 16 cc. d'O et le sang 30 cc. Dans un cas de pleuropneumonie le sérum dégageait 10 cc. et le sang 32 cc.

Dans un cas d'érythème infectieux, l'augmentation était aussi notable (sérum 7 cc. d'O, sang 30 cc.).

Dans un cas de tuberculose fébrile à la deuxième période on trouva pour le sérum 5 cc. d'O et pour le sang 29 cc. d'O.

Enfin dans un cas de paralysie générale progressive, on trouva des chiffres énormes (sérum 12 cc., sang 40 cc.).

Ce ne sont là que des jalons, j'attendrai d'avoir un nombre beaucoup plus grand de résultats pour en tirer des conclusions.

III. *Crachats.* — Dans six crachats tuberculeux, la proportion d'oxydase était énorme (de 10 à 18 cc. d'O.).

Dans un cas de pneumonie, un cas de bronchopneumonie, deux cas de pleuropneumonie, elle était aussi très notable 15 cc., 13 cc. et 14 cc. d'O.

Dans six crachats de bronchite chronique, deux cas de bronchite simple, elle était très faible au contraire : 1 à 2 cc.

VI. Les *liquides d'ascite* en renferment aussi, mais alors qu'on en trouve de notables quantités dans l'ascite cardiaque (2 à 4 cc. d'O dégagé) on n'en trouve que des traces infimes dans un cas d'ascite tuberculeuse.

V. *Liquides pleuraux.* — Ils en renferment aussi (1/2 et 1 cc. d'O dégagé dans deux cas).

VI. Le *pus* en renferme aussi (LINOSSIER) ; en quantité variable 5 et 11 cc. d'O dégagé.

VII. Le *suc gastrique* n'en renferme pas.

VIII. Le *lait de femme* n'en contient que des traces.

Certes je me garderais, étant donné le peu d'observations portant sur ces points, de porter des conclusions. Je signale seulement les faits. Je crois que ces notions sont d'une très grande importance et qu'elles éclaireront prochainement peut-être plus d'un coin obscur de la pathologie. C'est ce qui m'a poussé à présenter ici ces premières notions.

FAITS CLINIQUES

Streptococchémie guérie par le sérum antistreptococcique

par MM. le professeur **Combemale** et **Vrasse**, externe du service

Ren..., Malvina, ménagère, âgée de 31 ans, entre le 24 avril 1899, à l'hôpital, pour un ulcère variqueux de la jambe droite, qui s'est envenimé depuis peu.

Sans antécédents héréditaires ni personnels, réglée à quinze ans et demi, très régulièrement, elle a eu cinq enfants, jamais de pertes : après son troisième accouchement, survint un ulcère variqueux de la jambe gauche qui guérit quasi spontanément au bout de quelques mois.

Au cours de sa cinquième grossesse, quatre mois avant l'accouchement survenu au mois de novembre 1898, elle vit, de nouveau, sans cause apparente, survenir à la partie interne de la jambe droite, à plusieurs centimètres au-dessus de la malléole interne, un ulcère variqueux, qu'elle soigna au moyen de compresses enduites de vaseline boriquée ; cet ulcère n'a pas guéri et se trouve être actuellement de la grosseur d'une pièce de cinq francs.

Il y a environ un mois, la malade fit l'influenza et dut garder le lit pendant quatre à cinq jours ; elle ne fut remise qu'au bout d'une vingtaine de jours.

Le 21 avril dernier, la malade fit accidentellement une chute, la jambe malade portant sur le bord d'un seau : une seconde ulcération s'ensuivit vite, occupant la partie externe de la jambe, à plusieurs centimètres de la malléole externe. Les jours qui suivirent l'accident, elle s'alita, éprouvant de vives douleurs disséminées sur toute l'étendue de ce membre inférieur et remontant jusqu'au pli de l'aine; douleurs lancinantes et plus marquées au mollet. Le membre était lourd, engourdi; l'articulation du genou et l'articulation tibio-tarsienne étaient aussi douloureuses ; tout mouvement de la jambe était difficile et douloureux. En même temps, une fièvre persistante se déclara, accompagnée de petits frissons intermittents, de céphalée, de lassitude générale, de perte d'appétit. La malade, qui allaitait son enfant, dut cesser de lui donner le sein

A son entrée à l'hôpital, on constate les deux plaies ulcéreuses mentionnées plus haut, un œdème de tout le membre inférieur droit, avec de longues traînées rouges longitudinales, convergeant vers la face interne de la cuisse. Cet œdème lisse, dur, douloureux à la pression, est plus marqué à la jambe qu'à la cuisse. Sous la peau, au mollet et à la cuisse, se voient des réseaux veineux bleuâtres. Au pli de l'aine, les ganglions sont un peu tuméfiés. Le thermomètre donne 39°6, l'abattement est marqué, l'appétit nul, bien que la digestion des quelques aliments absorbés soit parfaite ; on note aussi de la céphalée et un peu de constipation, les urines, au-dessous de la normale comme abondance, ne contiennent ni albumine, ni sucre. Le cœur et l'appareil respiratoire sont indemnes, influencés néanmoins dans leur fréquence par la fièvre.

Le même état s'observe le 25 avril à la visite du matin : 39°7. Le diagnostic de lymphangite, à porte d'entrée évidente, s'imposait, avec participation possible de la veine à l'inflammation. Comme traitement, on applique sur la jambe malade de grandes compresses trempées dans de l'eau bouillie, et remontant jusqu'au-dessus de l'articulation du genou Le soir, survenait un grand accès de fièvre, avec grand frisson, claquement des dents, sueurs abondantes, après que le thermomètre eut révélé 40°3.

Le 26, au matin, la température n'était que de 38 2, l'état s'était aggravé, l'aspect de la malade devenait nettement celui d'une infectée. Une injection de sérum artificiel (500 cent. cubes) fut faite sur le champ pendant la visite, non toutefois sans que l'on eut prélevé au pli du coude et de façon aseptique quelques centimètres cubes de sang pour ensemencement. Malgré ce lavage du sang, un nouvel accès de fièvre (40°1) survenait le soir, vers trois heures, avec frisson épouvantable.

Le 27 avril, à la visite, après un nouveau frisson vers les cinq heures du matin, la température n'était que de 37°. Le renseignement nous parvenait que l'ensemencement du sang avait donne une culture pure de streptocoques ; aussitôt nous fîmes une injection de sérum antistreptococcique de 50 centimètres cubes, qui portait la marque Institut PASTEUR de Lille, 26 mars 1899.

L'infection s'arrêta là : 38 2 le soir comme température maximum ; plus de frisson, sommeil relativement bon, plus de céphalée ; l'œdème du membre inférieur persiste toujours avec ses caractères.

Le lendemain 28, température, 36 5 le matin, 36 7 le soir. L'œdème est diminué à la cuisse et est beaucoup moins douloureux.

Le 29, température, 36°5, matin et soir.

Le 30, le mieux continue, température, 36°5 le matin, 37°2 le soir.

Le 1er mai, l'œdème a complètement disparu à la cuisse, qui n'est plus douloureuse à la pression ; température, 36°9 le matin, 37 1 le soir.

Le 5 mai, la malade quitte l'hôpital, pour soigner les siens malades, ayant en quelques jours repris un état général très satisfaisant : l'ulcère de jambe, bien que diminué de grandeur, n'est pas complètement refermé.

La défaveur que le sérum streptococcique rencontre dans l'esprit de nombre de médecins n'est pas justifiée, à notre avis. A la clinique médicale de la Charité, on n'a pas cessé de l'employer depuis trois ans avec succès dans toutes les streptococcies, constatées par l'examen bactériologique, qui se sont présentées à l'observation : érysipèle, bronchite sénile à streptocoques, fièvre puerpérale, et nous ne comprenons guère le discrédit dans lequel il est tombé sous certaines attaques. La gravité de la septicémie que relate l'observation ci-dessus, l'insuffisance du sérum artificiel, momentanément si puissant dans les infections, l'arrêt brusque des manifestations pyohémiques dès l'injection de sérum antistreptococcique *largâ manu*, nous ont paru suffisamment établis par le récit clinique tout simple, pour que nous croyions devoir les rapporter sans commentaires. Il n'y eut pas d'autre thérapeutique que celle signalée dans l'observation : le mérite de la guérison de cette streptococchémie désespérée ne peut donc être attribuée qu'au sérum antistreptococcique.

Enorme caverne pulmonaire chez un nourrisson de onze mois (1).

Par le Dr E. Ausset,
agrégé, chargé de la Clinique des maladies des Enfants à l'Université

Voici, Messieurs, le poumon droit d'un bébé qui a succombé le 5 avril dernier dans mon service.

Il s'agit d'un enfant de onze mois, entré pour tuberculose généralisée et atteint en outre d'une paralysie faciale.

L'autopsie nous a montré une carie du rocher ayant

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord, séance du 12 mai 1899.

détruit le nerf facial dans son trajet dans l'aqueduc, après la naissance des nerfs pétreux, une tuberculose de l'intestin et des ganglions mésentériques, et enfin une infiltration tuberculeuse des deux poumons.

Mais ce qu'il y a d'intéressant dans la forme anatomique de la tuberculose pulmonaire de cet enfant qui, ne l'oubliez pas, est un bébé de *onze mois*, c'est une vaste caverne, où logerait très largement un bel œuf de poule, siégeant à la partie antéro-supérieure du poumon droit, et occupant la plus grande partie du lobe supérieur de ce poumon. Cette caverne est traversée par des tractus fibreux et vasculaires, et il est certain qu'à ne considérer que cette lésion, sans tenir compte de la dimension du poumon, on affirmerait être en présence d'une tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Cette forme caverneuse de la tuberculose pulmonaire est rare dans l'enfance ; mais elle devient presque exceptionnelle chez le nourrisson. Depuis que j'ai l'honneur d'être chargé de la clinique des maladies des enfants, voilà plus de trois ans, j'ai malheureusement autopsié un nombre considérable de tuberculeux : eh bien, je n'ai trouvé que deux fois cette forme à grandes cavernes, chez un enfant de quatorze ans, dont je vous ai rapporté l'histoire en février 1898 et chez un nourrisson de quatorze mois, dont vous avez vu les pièces en juillet 1897. Je ne tiens que peu compte du cas de l'enfant de quatorze ans ; c'est déjà un adolescent et par conséquent il n'y a rien de surprenant que sa tuberculose prenne la forme habituelle de celle de l'adulte.

Je retiens seulement le cas du nourrisson de quatorze mois et celui d'aujourd'hui, un nourrisson de onze mois. C'est peu, n'est-il pas vrai.

Toutefois, je m'empresse de le dire, cette forme caverneuse n'est qu'une rareté apparente ; ce que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement, c'est la forme à grandes cavernes de l'adulte, comme chez nos deux nourrissons. Mais l'on rencontre encore assez souvent de toutes petites cavernules qui proviennent du ramollissement de lésions de broncho-pneumonie caséeuse.

Je ferai remarquer également les nombreuses brides vasculaires qui traversent cette caverne. C'est là une particularité des cavernes de l'enfance ; chez l'adulte ces brides vasculaires sont bien moins nombreuses, et elles sont oblitérées et imperméables. Chez l'enfant, au contraire, ces vaisseaux restent perméables ; on peut s'en rendre compte en les sectionnant : on voit alors perler une goutte de sang. Cela n'empêche pas que ces mêmes vaisseaux sont très friables, altérés, dénudés, atteints de péri-artérite tuberculeuse, et c'est ce qui explique les hémoptysies de cette forme anatomique, si rares, autrement, chez l'enfant.

Arthrite suppurée d'origine blennorrhagique de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. — Arthrotomie.

par le docteur **Masset**, d'Arras, ancien chef de clinique de la Faculté

Observation. — Le 16 mai dernier, je suis appelé à donner mes soins à un jeune homme de 25 ans, le nommé C..., d'Arras, pour une lésion inflammatoire du gros orteil droit. Monsieur C... est d'une constitution vigoureuse, bien qu'entachée d'arthritisme. Son père, retiré des affaires après avoir occupé une situation distinguée dans la société, est encore solide et ne présente aucune tare ; par contre la mère est rhumatisante et a eu déjà à traverser pas mal de poussées subaiguës. Elle est toujours obligée de suivre un régime et un traitement pharmaceutique pour enrayer la marche de sa diathèse.

Quant à mon client, son fils, il n'accuse dans son passé aucune maladie digne d'être signalée. C'est comme son père un intellectuel. Au moment où il se dispose à me faire voir son mal, ma vue est frappée par l'aspect que présente les ongles des deux premiers orteils du pied droit. Ces productions epidermiques forment en effet une masse irrégulièrement cubique, surélevée et recourbée en arrière. Sous ce revêtement onguéal, cannelé transversalement, j'aperçois du côté de l'extrémité libre des orteils un amas de lamelles epidermiques sèches, cassantes, pulvérulentes. Avant d'avoir vu la lésion pour laquelle le malade avait réclamé mon intervention, je fais de cette *onychogrypose* un stigmate neuro-arthritique.

Je m'occupe de l'affection inflammatoire du gros orteil droit, après m'être fait montrer l'autre pied qui présente les mêmes déformations onguéales aux deux orteils homologues. La face dorsale de cet orteil m'apparait fortement tuméfiée rouge, surmontée au niveau de la première phalange d'une phlyctène empiétant sur l'interligne articulaire et qui laisse transparaître un liquide jaunâtre. En deçà de cette phlyctène, un peu au-dessus de la jointure métatarso-phalangienne, existe un orifice linéaire transversal déprimé. La pression exaspère fortement les douleurs qui depuis quelques jours ne laissent aucun instant de repos au malade et les moindres mouvements imprimes à l'article sont extraordinairement pénibles et arrachent au patient de violentes protestations.

Malgré la souche nettement rhumatismale du jeune homme, cette monoarthrite suppurée me fait penser à une infection blennhorrhagique et étant donné sa susceptibilité, je prie les parents de me laisser un instant en tête à tête avec lui. Je me heurtai contre un bloc et ne pus lui arracher aucun aveu ; voyant que mon instruction resterait négative, quoi que je fisse, je me déclarai impuissant dans ma confession et demandai ensuite discrètement aux parents si son linge était immaculé. Le père me répondit que sa femme depuis longtemps lui avait parlé de taches anormales que presentaient les chemises du jeune homme. Peu m'importait d'en savoir plus long, puisque mon diagnostic était le bon et que je n'avais

plus qu'à traiter mon intraitable malade en conséquence.

N'étant pas armé ce soir-là, je me contentai de prescrire un pédiluve aussi chaud que possible et l'application de compresses de liqueur de Van Swieten tiède *loco dolenti*.

Le lendemain matin 17 mai, à la première heure, j'allai visiter mon client avec la ferme intention d'intervenir. La petite fissure transversale que j'avais constatée la veille s'était agrandie et avait donné issue à un suintement nettement purulent. A force de diplomatie, j'arrivai à convaincre mon jeune homme que s'il ne voulait pas perdre son pied ou tout au moins un point d'appui sérieux dans la station et dans la marche, il fallait ouvrir la porte à deux battants au pus qui croupissait dans son articulation. Après une anesthésie aussi complète que possible au chloréthyle du Dr Bengué, je pratiquai une incision longitudinale de 2 centimètres 1/2 environ et dont le milieu correspondait à peu près à l'interligne. Mon bistouri, qui n'eut qu'à défoncer une porte ouverte pour pénétrer dans la jointure, donna issue à une quantité notable d'un pus épais, crémeux, jaunâtre et légèrement grumeleux. Je n'eus pas besoin d'avoir recours à la sonde cannelée pour constater l'état des surfaces articulaires dont la crépitation rude et sèche sous l'instrument tranchant n'accusait que trop la dénudation et la privation de cartilage. Mon arthrotomie une fois faite, j'antiseptisai largement la brèche à la liqueur de Van Swieten et j'appliquai un pansement sublimé humide, en ayant soin d'immobiliser le segment phalango-métatarsien sur une attelle improvisée de carton.

Au traitement chirurgical, j'adjoignis le traitement médical ; deux cachets par jour de 1 gr. de salol, suivis immédiatement de l'absorption d'un grand verre d'eau de Vichy Saint-Yorre ; tisane de stigmates de maïs

Le lendemain, j'apprends que M. C... a passé une bonne nuit et qu'il n'a plus souffert depuis mon intervention. Je lui demande brutalement depuis combien de temps il a sa chaudepisse, mais la méthode de force n'eut pas plus de succès que la méthode de douceur ; je dus désarmer. L'indocile jeune homme n'a même pas voulu absorber ses cachets dans la crainte de montrer à ses parents que j'étais dans la vérité. Continuant ma méthode de force, je lui dis que je ne lèverai pas son pansement et que je ne viendrai plus le voir, s'il ne voulait pas marcher de concert avec moi. La place forte m'était livrée et le récalcitrant malade promit d'exécuter mes prescriptions à la lettre. Je n'en désirais pas davantage. Je renouvelai alors le pansement et pus voir encore s'écouler de la jointure une assez grande quantité d'un pus bourbillonnant. Même irrigation à la liqueur de Van Swieten, pansement et immobilisation.

Le 19 mai. — Pansement. Le pus commence à se tarir. Badigeonnage de tous les recoins articulaires et périarticulaires avec un mince plumasseau d'ouate imbibé de naphtol camphré. Je me fais présenter l'urine de mon malade et reconnais au fond et sur les parois du vase un épais dépôt d'acide urique. L'analyse de l'urine par la chaleur et l'acide acétique accuse l'existence d'une légère albuminurie.

Le lendemain 20. Pansement. — La sécrétion purulente est beaucoup moins abondante. L'auscultation du cœur au phonendoscope ne révèle aucun bruit morbide. L'état général est excellent et le jeune homme a bon appétit et prend des aliments solides. J'insiste sur le lait, malgré sa répugnance pour ce genre de liquide. Me demandant si les déformations onguéales n'étaient pas contemporaines de la chaudepisse et ne représentaient pas simplement un trouble trophique sous la dépendance de l'infection gonococcique, j'interrogeai en même temps que le jeune homme, auquel je ne pouvais accorder une grande créance, les parents et surtout la mère ; il me fut répondu que dès la plus tendre enfance, le jeune homme actuel avait toujours eu des ongles aussi biscornus. Je dois avouer que cela me chiffonne un peu, car j'aurais bien voulu me trouver en présence de troubles trophiques blennorrhagiques.

Le 21. — Pansement. Il ne reste pour ainsi dire plus trace de pus et la plaie se comble avec rapidité.

Le 22 mai. — Il ne reste plus qu'une petite plaie superficielle losangique recouverte de magnifiques bourgeons rouges. Le malade prend toujours ses cachets de salol (l'urine n'est pas noire), son lait, sa tisane de stigmates de maïs et son eau de Vichy. Son état général est excellent.

Pour demain, 23 mai, nous nous proposons de lui appliquer un petit appareil plâtré fenêtré qui continuera d'immobiliser la jointure jusqu'au jour où celle-ci, n'accusant plus aucune sensibilité, nous entreprendrons de la mobiliser, sans beaucoup d'espoir d'arriver à quelque chose de mieux que l'ankylose.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Chevalier a découvert un champignon qui, inoculé aux animaux, produirait des affections cancéreuses.

Académie de Médecine — M. Gautier. L'acide cacodylique est un excitant précieux, quand on l'emploie à dose thérapeutique. On ne doit pas le considérer comme un équivalent de l'arsenic minéral, malgré sa forte teneur en arsenic organique.

Société de Chirurgie. — M. Delbet proscrit la castration dans le traitement de la tuberculose testiculaire. Il préconise l'épididymectomie. Le testicule ne s'atrophie pas après l'ablation de l'épididyme. C'est donc qu'il continue à sécréter.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Widal a observé un malade atteint de splénomégalie tuberculeuse primitive, sans leucémie, avec hyperglobulie et cyanose.

Société de Biologie. — M. Faure a observé des lésions nettes des cellules de l'écorce cérébrale chez deux malades qui avaient présenté de la confusion mentale.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Juin 1899

Présidence de M. le docteur Carlier, *président*.

Perforation de l'intestin par contusion de l'abdomen

M. Lambret présente un malade, auquel il a pratiqué une suture de l'intestin grêle, perforé à la suite d'une contusion de l'abdomen. Cet homme avait été violemment heurté par une volumineuse pièce de bois, entraînée par une scie circulaire. Transporté de suite à l'hôpital Saint-Sauveur, où M. Lambret put l'examiner une heure et demie après l'accident, le blessé restait immobile dans son lit, les jambes fléchies, le ventre rétracté en bateau : de plus la paroi, très douloureuse à la pression, était fortement contracturée. Le diagnostic de perforation de l'intestin s'imposait et l'opération fut pratiquée de suite.

Dès l'incision de la paroi, un liquide louche de nature intestinale s'échappe de l'abdomen ; sur tout le mésentère, sur tout l'intestin, taches ecchymotiques très nettes. M. Lambret recherche la plaie intestinale et découvre au milieu de l'iléon, sur sa surface convexe, une perforation du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, qui est suturée aussitôt. Après s'être assuré qu'il n'existait plus aucune lésion, M. Lambret pratique un grand lavage du péritoine et referme la paroi en laissant des drains sortir d'un côté dans les flancs et de l'autre sur la ligne médiane.

Pendant les deux jours qui suivirent l'opération, le malade fut un peu agité, se leva même ; le troisième jour, apparaissent quelques symptômes d'occlusion.

Croyant à une occlusion provoquée par les drains, M. Lambret les enlève et constate qu'une anse de l'intestin adhérente à la gaze du drain sortant par le flanc gauche se trouvait ainsi comprimée. L'occlusion cessant, les vomissements disparurent, l'état général redevint bon. Le malade va pouvoir quitter l'hôpital dans quelques jours.

M. **Colle** cite l'observation d'un malade qui succomba à une perforation intestinale consécutive à un traumatisme de l'abdomen : dans une rixe, il avait reçu un coup de pied dans le bas-ventre. Le blessé présentait également une forte défense de la paroi dont les muscles grands droits étaient violemment contracturés. Mais malgré ces symptômes l'opération ne put être pratiquée et l'autopsie confirma le diagnostic.

M. Colle est persuadé qu'après un traumatisme de l'abdomen la défense de la paroi, et la douleur à la palpation constituent un ensemble de symptômes pouvant faire prévoir la perforation et suffisant pour entraîner la laparotomie.

M. Carlier fait remarquer que souvent, lorsqu'on place des drains dans la cavité abdominale en faisant sortir l'une des extrémités par la ligne médiane, l'autre par les flancs, on risque fort de provoquer une occlusion intestinale. Le cas de M. Lambret en est une preuve ; il a eu également l'occasion d'observer un cas.

Radiographies stéréoscopiques

M. Doumer présente des radiographies stéréoscopiques et explique comment il procède pour l'obtention de semblables clichés. Il fait deux poses du même organe, en déplaçant légèrement l'ampoule à la deuxième épreuve. Si la distance de l'ampoule à la plaque est bien calculée, si l'écartement donné est convenable, on obtient des images superposables, donnant très nettement l'illusion du relief.

Recherches sur les oxydases

M. Carrière fait connaître quelques résultats des recherches qu'il fait au laboratoire des cliniques sur les oxydases. Il insiste surtout sur les oxydases indirectes, c'est-à-dire celles qui dégagent de l'oxygène en présence de l'eau oxygénée. « Jusqu'à maintenant, on ne les avait trouvées que dans certaines graines ; j'ai eu l'idée de les rechercher dans les différents liquides normaux ou pathologiques. Mes expériences sont basées encore sur trop peu de cas pour que je puisse en tirer des conclusions. »

M. Carrière a employé trois procédés d'analyse :

α) Le procédé par le gaïacol ou la teinture de gaïac : En mélangeant à un liquide contenant de l'oxydase directe du gaïacol ou de la teinture de gaïac, on a des colorations intenses, soit rouges, soit bleues ; avec les oxydases indirectes, on n'obtient pas de coloration, mais si on ajoute de l'eau oxygénée la coloration apparaît de suite.

β) La recherche volumétrique, consistant à doser la quantité d'oxygène dégagée en présence de l'eau oxygénée.

γ) L'ébullition qui fait disparaître l'oxydase.

M. Carrière a fait porter ses recherches :

a) Sur les urines et n'y a jamais décelé d'oxydases indirectes chez l'homme sain. Mais chez les cancéreux, au début, dans les affections aiguës du poumon, chez les tuberculeux aux premières et deuxièmes périodes, il a pu déceler des oxydases en quantité variable.

b) Sur le sang. Dans le sang on rencontre de grandes quantités d'oxydases variant encore avec les différents états pathologiques.

c) Sur les crachats, les liquides ascitiques, pleuraux, où on les rencontre aussi.

VARIÉTÉS

L'impôt en Portugal

Dans ce pays où fleurissent les impôts... autant que l'oranger, le gouvernement n'a eu garde d'oublier de mettre en coupe réglée la profession médicale. Voici la manière curieuse dont s'opère la répartition des impôts entre les membres du

corps médical d'une ville. Le gouvernement informe les praticiens que le corps médical de... est soumis à une contribution globale de... (ici un chiffre fantastique de mille reis). Les médecins se réunissent et élisent obligatoirement un conseil, la « Gremio ». La Gremio est chargée de répartir le plus équitablement possible les charges entre les confrères, d'après la clientèle qu'elle leur suppose. Les médecins qui se croiraient lésés dans cette répartition, ont le droit d'en appeler à une Cour spéciale, instituée pour juger les contestations entre les Gremio (il en existe pour toutes les professions) et les contribuables.

Un détail qui permettra de juger la rage d'imposition qui sévit au Portugal : une forte taxe ayant été établie sur les allumettes, les habitants économes s'étaient remis à l'usage du briquet. Ceci ne faisait pas du tout l'affaire du gouvernement. Aussi s'est-il hâté de mettre également en régie la fabrication de la corde remplaçant l'amadou pour ces briquets ; il est formellement interdit de se servir d'autre corde que la corde de la régie. Et la régie a soin de débiter la sienne au prix de la corde de pendu !

Un biberon vieux de vingt-six siècles

Beaucoup de personnes s'imaginent que le biberon est d'invention relativement récente, et, de fait, il paraît certain que l'usage de cet appareil élémentaire ne s'est généralisé que depuis une cinquantaine d'années.

Un archéologue anglais, le professeur Mosby, a publié dernièrement un travail fort curieux d'où il résulte que, contrairement à l'opinion émise plus haut, le biberon était connu des Romains, des Grecs, des Egyptiens, et probablement aussi des premières civilisations assyriennes.

D'après M. Mosby, les nourrices grecques avaient coutume de se servir, pour donner à boire à leurs nourrissons, d'un petit vase de forme oblongue, rempli de lait additionné d'un peu de miel.

Dans le vieux cimetière romain du Saint-Sépulcre, aux environs de Cantorbéry, on a découvert un biberon en terre cuite rouge près du cercueil d'un petit enfant. Et plus récemment, le professeur Mosby a pu déchiffrer sur l'un des vases grecs du British Museum une inscription qui ne laisse aucun doute sur l'usage auquel il était destiné. Or, ce biberon primitif remonte à sept ans avant Jésus-Christ.

Décidément il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Les beautés de l'Opothérapie

On peut vraiment, à l'heure actuelle, se demander où vont s'arrêter les fantaisies de certains esprits. L'opothérapie, basée sur des données précises et sérieuses, est en train de s'égarer et ne tardera pas à devenir la risée de tous les médecins sérieux. En France déjà, on a vu naître et percer un certain nombre de procédés dignes de figurer dans la thérapeutique des médecins de Molière. Un Américain (*Amer. Journ. of obstetric*, 1899) vient, semble-t-il, de mettre le comble aux tendances pseudo-scientifiques, en soignant les fibromes utérins avec la poudre de mamelle arrachée de brebis. En prenant par jour quelques centigrammes de cette poudre, ce qui correspond à 6 grammes de glande fraîche, on voit, en peu de temps, fondre les fibromes et disparaître leurs symptômes. Il ne reste plus aux chirurgiens qu'à vendre à la ferraille le matériel, désormais inutile, de l'hystérectomie. Il n'y a donc plus à s'alarmer de rien et nous ne tarderons peut-être pas à vous proposer sérieusement le projet fantaisiste émis, l'autre jour, par un spirituel confrère. Il proposait de remplacer les nourrices, qui se font de plus en plus rares, par des jeunes gens auxquels on ferait prendre de l'utérus d'animaux fraîchement accouchés. Cette opothérapie ne tarderait pas, sans doute, à développer, chez eux, de belles mamelles et une abondante lactation. Cette idée est, sans nul doute, à creuser !

Le *Matin* signale comme une chose d'une drôlerie déconcertante, le fait que M. Pichard, le fabricant de nougat dont le Président de la République a récemment visité à Montélimar la belle usine, est docteur, ancien médecin militaire. — Faut-il que le reporter qui a fait cette découverte curieuse soit jeune ! Quelques-unes des belles fortunes de quelques médecins lillois proviennent, chacun le sait, de l'industrie, où nos confrères ont appliqué leurs connaissances, leur expérience, leur commandite. Serait-il, par hasard, défendu à quiconque s'est fait parcheminer devant une Faculté de Médecine, de faire autre chose que de la médecine ? Aux yeux de nos confrères de la grande presse, peut-être aussi ne devrions-nous pas pouvoir politiquer ; peut-être aussi les hauts sentiments ne doivent-ils pas avoir accès dans nos âmes ! Mais que pense alors le *Matin* du carabin Aguinaldo, qui donne tant de fil à retordre aux Américains en ce moment, pour arriver à l'autonomie des Philippines ? De quoi se mêlent ces médecins, fabricants de nougat, filateurs ou patriotes ? Qu'ils retournent au plus vite à leurs malades !

Renseignements officiels sur l'Hygiène publique

Aux termes de l'article 10 du décret du 21 mars 1855 :

« Aucun enfant n'est reçu, même provisoirement, par les » Directeurs et Directrices d'écoles, s'il n'est pourvu d'un cer- » tificat de médecin dûment légalisé constatant qu'il n'est » atteint d'aucune maladie contagieuse et qu'il a été vacciné.

» L'admission des enfants dans les salles d'asile publiques » ne devient définitive qu'autant qu'elle a été ratifiée par le » maire. »

Ces prescriptions semblent ne plus être observées dans un grand nombre de communes du département du Nord ; M. le Préfet du Nord attache une sérieuse importance à leur stricte exécution et dans une circulaire récente recommande aux maires du département de vouloir bien s'y conformer.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Par arrêtés ministériels en date des 3 et 10 mai, MM. Le Gentil et Toussaint, sont nommés **aides-préparateurs** de physique.

Sous le patronage de MM. Brouardel, Landouzy, Cornil, Durand-Fardel, Fournier, Gilbert, Huchard, Lannelongue, Monod, Proust, J. Simon, et sous la direction scientifique du professeur Landouzy, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications du 2 au 13 septembre aura lieu un **voyage d'études médicales** aux stations du centre et de l'Auvergne, de Néris à Pougues par La Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, le sanatorium de Durtol, Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré. Les médecins français et étrangers, les étudiants en médecine, les femmes de médecins accompagnant leur mari sont seuls admis à ce voyage, dont le prix à forfait est de 200 francs par personne, payable en s'inscrivant ; la concentration se ferait à Montluçon, où chacun arrivera isolément à moitié prix, la dislocation à

Pougues, d'où chacun regagnera son lieu de résidence à demi-tarif. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août, par le secrétaire-général, docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. G. LABARRIÈRE, aide d'anatomie à la Faculté, de Bermerain (Nord), a soutenu avec succès, le vendredi 9 juin, sa thèse de doctorat intitulée : **De la luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant.**

UNIVERSITÉS

Sont nommés :

Toulouse. — M. le docteur AUDRY, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; M. le docteur GUIRAUD, professeur d'hygiène ; M. le docteur LAMIC, professeur d'histoire naturelle.

Bordeaux. — La chaire d'anatomie est déclarée vacante.

HOPITAUX

Reims. — Sont nommés **chirurgiens des hôpitaux** : MM. les docteurs LARDENNOIS et DE BOVIS.

MUTATIONS

Nous relevons dans les dernières **mutations dans le service de santé militaire**, comme intéressant notre région, les désignations ci-après : M. le médecin major de première classe LALLEMANT pour les salles militaires de l'hospice d'Amiens ; MM. les médecins-major de deuxième classe BARBÈS, pour le 3e chasseurs à cheval à Abbeville, PESME, pour le 33e d'infanterie à Arras ; M. le médecin, aide-major de première classe HENRIOT pour le 34e d'infanterie à Avesnes ; M. le médecin aide major de deuxième classe ANTONY, pour le 145e d'infanterie à Maubeuge.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Chevalier de la Légion d'honneur. — M. le docteur VALLOT, médecin des colonies pour faits de guerre à Madagascar.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs MIQUET, THOUMAS, de Paris ; MARSSET, de Lavoute-Chilhac (Haute-Loire) ; MAGNANON, de Valence (Drôme).

Officiers de l'instruction publique. — M. le docteur HOREAU, de Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe).

La *Médaille d'honneur des épidémies* (argent) vient d'être décernée à MM. les docteurs LAMARQUE, médecin sanitaire maritime ; DAGRÈVE, médecin-major des sapeurs-pompiers de Tournon (Ardèche).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GRIZON, de Châlons (Marne) ; BELLAU, médecin principal de l'armée, décédé à Constantine (Algérie) ; CELLIÈRES, médecin des Quinze-Vingts, à Paris ; PERCHET, d'Attignéville (Ardennes) ; COCULET, de Montendre (Charente-Inférieure) ; HARD, de St-Nazaire (Loire-Inférieure) ; LONGUET, de Bourges (Cher) ; VIGNEAUX, de Saint-Sauvy (Hautes-Pyrénées) ; TARRAS, de Pau (Basses-Pyrénées).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

22e SEMAINE, DU 28 MAI AU 3 JUIN 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	2
3 mois à un an	9	5
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	2	2
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	8	9
40 à 60 ans	10	4
60 à 80 ans	8	7
80 ans et au-dessus	3	2
Total	49	38

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	2	1	»	1	»	»	2	9	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	6	12	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1	1	»	»	1	»	1	»	2	»	3	13	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	1	2	»	»	4	1	2	»	»	3	»	»	»	»	»	1	14	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	1	»	»	»	1	»	»	6	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	4	9	16
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	1
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	4	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	6	11	22
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	3
Total	»	»	»	»	1	3	1	4	14	9	6	»	»	12	1	3	1	4	»	28	87	115

N° 127. Troisième Année, N° 25. Le Numéro : 10 centimes. 18 Juin 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

AU LECTEUR

Nous comptons aujourd'hui un nouveau membre dans le Comité de Rédaction de l'*Echo Médical du Nord*, M. le professeur agrégé Ausset, dont les observations intéressantes sur la pathologie infantile profiteront sans conteste à nos lecteurs, nous apporte une collaboration précieuse, à propos de laquelle nous lui présentons nos meilleurs souhaits.

Le Comité de Rédaction.

TRAVAUX ORIGINAUX

Cholécysto-Jéjunostomie pour un cas de cancer de la tête du pancréas

Par M. le Professeur **Dubar**,

Leçon clinique recueillie par le docteur **Potel**, chef de clinique.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous entretenir, aujourd'hui, d'un malade, couché au n° 22 de la salle Ste-Marie, que vous avez pu suivre depuis quelque temps.

Ce malade a subi avec succès une opération de cholécysto-jéjunostomie par le procédé de Murphy.

Il est complètement remis de son intervention et va quitter le service dans quelques jours.

Vous vous souvenez l'avoir vu à son entrée. La coloration de la peau et de ses muqueuses attirait immédiatement l'attention. Elle était d'un vert olivâtre, presque noirâtre dans certains points.

Ce malade m'était adressé par un confrère qui avait épuisé sans succès toutes les médications préconisées dans l'ictère.

Voici en quelques mots l'histoire de sa maladie :

Ce malade est un ouvrier charpentier, de 42 ans, sans antécédent morbide héréditaire ou personnel digne d'être noté. Il y a six mois il présenta des troubles digestifs, accompagnés de vomissements et d'une douleur assez vive occupant l'hypochondre droit et le flanc droit.

Les vomissements disparurent assez vite, mais la douleur persista.

L'ictère apparut bientôt s'accentuant, se fonçant de plus en plus, et avec lui le cortège habituel des symptômes : décoloration des selles, qui prennent une couleur mastic et une odeur absolument fétide, urines brunes, bilieuses, présentant les réactions caractéristiques des pigments biliaires, démangeaisons vives, insupportables. En même temps l'appétit diminuait, l'amaigrissement faisait des progrès.

L'ensemble de ces symptômes avait alarmé notre malade et l'avait décidé à réclamer nos soins.

Vous vous souvenez que l'examen donnait relativement peu de renseignements positifs.

Le foie était à peine augmenté de volume, presque normal. La vésicule biliaire, au contraire, paraissait distendue et faisait un léger relief au niveau de l'hypochondre droit. Il n'existait ni ascite, ni œdème, ni circulation veineuse plus considérable que normalement. Par la palpation profonde on réveillait une douleur sur les limites droites du creux épigastrique.

En raison de la longue durée de l'affection, l'état normal du foie, nous arrivâmes à la conviction qu'il s'agissait d'une obstruction ou d'une compression des voies biliaires.

Mais quelle était la cause de l'oblitération ou de la compression ? S'agissait-il d'un ou plusieurs calculs biliaires ou d'une tumeur formée aux dépens du pancréas et du duodénum ?

Il était à remarquer que le malade n'avait jamais eu de coliques hépatiques. Et il aurait été bien extraordinaire que le premier accident de la lithiase fût caractérisé par une obstruction aussi complète et aussi tenace. D'ailleurs notre malade n'avait même jamais autrefois présenté de troubles digestifs. En revanche, il existait une douleur persistante dans un point situé en dehors du muscle droit, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus des fausses côtes. Bien qu'aucune tumeur ne fût accessible, nous penchions volontiers vers l'idée d'une dégénérescence du pancréas.

La tumeur aurait pu être formée aux dépens du duodénum, au voisinage de l'ampoule de VATER, mais il n'existait aucun phénomène d'obstruction intestinale. D'ailleurs quelle que fût la cause de l'obstruction biliaire, calcul ou tumeur, il nous paraissait légitime d'intervenir, pour essayer de rétablir le cours de la bile. Le malade réclamait une intervention. Son état général était assez bon pour la supporter.

L'intervention, acceptée, a lieu le 16 mars.

Voici quelle était la ligne de conduite que nous nous étions proposé de suivre. La vésicule très distendue étant vidée, explorer les voies biliaires jusqu'au duodénum, reconnaître l'existence et la nature (calcul ou tumeur) de l'agent d'obstruction ou de compression, et, ces constatations faites, nous décider pour telle ou telle intervention spéciale appropriée.

Les opérations que l'on pratique sur les voies biliaires sont aujourd'hui variées. Elles ont reçu une terminologie assez compliquée mais que vous comprendrez facilement. Les interventions peuvent porter soit sur la vésicule biliaire, soit sur le canal cholédoque, soit sur le canal cystique.

La simple incision de la vésicule biliaire s'appelle *cholécystotomie* (de τομος, section). Si l'on abouche, comme c'est le cas le plus fréquent, la vésicule à la paroi, on a la *cholécystostomie* (de στὸμα, bouche). Si l'on doit broyer des calculs enclavés dans la vésicule, on fait une *cholécysto-lithotripsie*. L'anastomose de la vésicule avec l'intestion, faite dans le but de rétablir le cours normal de la bile, s'appelle *cholécysto-entérostomie*. Enfin l'ablation pure et simple de la vésicule malade s'appelle *cholécystectomie*.

Si l'intervention, au lieu de porter sur la vésicule, porte sur le cholédoque ou le canal cystique, vous aurez, suivant les cas, une *cholédocotomie*, une *cholédocostomie*, une *cholédoco-entérostomie*, une *cysticotomie*, etc.; ces termes s'expliquent d'eux-mêmes.

Quelques mots, maintenant, sur ces diverses interventions.

La cholécystotomie, dite idéale, qui consiste à ouvrir la vésicule, la vider de ses calculs, la refermer et la rentrer dans le ventre, est une opération brillante à coup sûr, mais trop dangereuse pour qu'elle ne soit pas abandonnée aujourd'hui par la grande majorité des chirurgiens. Vous comprenez en effet que votre malade est à la merci d'un point de suture. La moindre fistulette, et la bile, souvent septique, va couler dans le péritoine, et provoquer une péritonite rapidement mortelle.

Je lui préfère de beaucoup soit la cholécystostomie, soit la cholécysto-entérostomie, suivant les indications. La première de ces deux opérations est particulièrement indiquée dans le cas d'angiocholite, dans les cas où il importe de dériver à l'extérieur la bile septique. La seconde a son indication, quand il existe un obstacle infranchissable au cours de la bile et que les accidents septiques n'ont pas encore éclaté.

La cholécystostomie, proposée déjà par BLOCH, fut pratiquée pour la première fois par KOCHER. Au début on faisait cette opération en deux temps. Comme on craignait particulièrement l'irruption de la bile dans le péritoine, dans un premier temps on suturait ou l'on cherchait à provoquer des adhérences de la vésicule avec la paroi. Une fois ces adhérences établies on ouvrait la vésicule.

BOBBS simplifia ce manuel opératoire en pratiquant la cholécystostomie en un temps. Cette pratique, universellement suivie aujourd'hui, consiste à aboucher

la vésicule à la paroi, après l'avoir vidée de son contenu.

La cholécysto-entérostomie, conçue par Nussbaum en 1880, fut pratiquée pour la première fois avec succès chez l'homme par un chirurgien russe, Monatyrski (1887).

Quant aux autres interventions, elles ont été rarement pratiquées, et n'ont leurs indications que dans certains cas très particuliers sur lesquels je ne veux pas m'étendre aujourd'hui.

L'opération a été pratiquée devant vous, les principaux détails sont sans doute encore présents à votre esprit. Je fis le long du bord externe du muscle droit au niveau de la vésicule une incision d'environ quinze centimètres. Une fois le péritoine pariétal incisé, nous aperçûmes la vésicule biliaire, grosse comme une tête de fœtus. Je la vidai. Elle ne contenait pas de calcul. Le canal cystique n'en contenait pas davantage. J'allai à la recherche de l'hiatus de Winslow et du pylore. Le pylore était sain, mais, en suivant le duodénum, j'arrivai rapidement sur une tumeur, dure, inégale, grosse comme un œuf de poule, au niveau de la tête du pancréas.

Il s'agissait donc d'une tumeur de la tête du pancréas, oblitérant l'ampoule de Vater et causant la rétention biliaire dont souffrait le malade. La tumeur faisait également corps avec le duodénum. Il était impossible de la mobiliser. Il ne fallait donc pas songer à l'extirper. Je me résolus à anastomoser la vésicule à la première portion du jéjunum. Je me servis du bouton de Murphy, petit calibre. La mise en place fut relativement aisée. Je fis un drainage profond, au moyen d'une gaze iodoformée, et je fermai la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples. La température ne dépassa pas 37°7. Le pouls, qui était très lent, reprit une fréquence de 68 à la minute. Bientôt les signes du rétablissement du cours normal de la bile furent évidents. Les selles se colorèrent, les urines devinrent de plus en plus abondantes et limpides. La teinte olivâtre de notre malade disparut peu à peu.

Le bouton de Murphy fut retrouvé dans les selles, treize jours après l'intervention. Le malade est aujourd'hui bien portant. Quant à son avenir, il est subordonné à l'évolution ultérieure de son néoplasme.

Sur un cas de Respiration de Cheyne-Stokes

PAR MM.

G. Raviart, Interne des Hôpitaux ET L. Duvivier, Externe des Hôpitaux

Le 18 février 1899, V... entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Combemale parce qu'il tousse et qu'il a les jambes enflées.

Son père, rhumatisant et cardiaque, est mort en asystolie. Lui-même n'a jamais eu de rhumatisme et ce n'est que depuis dix-huit mois qu'il tousse et qu'il est, selon son expression « court d'haleine ». Alcoolique, il présentait la plupart des petits signes du brightisme ; toutefois il pouvait continuer à travailler, et ce n'est que depuis quelques jours que des vertiges, une oppression plus grande, et un œdème des membres inférieurs l'ont obligé à venir demander nos soins.

Il est emphysémateux et bronchitique : son cœur en asystolie légère présente une matité très augmentée en étendue et semblant intéresser spécialement le cœur droit (un pouls veineux extrêmement accentué atteste d'autre part de la dilatation du ventricule droit, ayant entraîné une dilatation tricuspidienne). A l'auscultation le premier bruit est mal frappé et le second est dédoublé.

Le foie est abaissé de deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes, sa palpation est douloureuse. Il n'y a pas de battements hépatiques perceptibles.

Les urines sont très peu abondantes, et contiennent 2 gr. 5 d'albumine par litre et un peu d'urobiline.

En outre nous sommes frappés par l'air hébété du malade et par le peu de sens de ses réponses. La première nuit qu'il passa à l'hôpital, il se leva, se promena dans la salle et voulut se coucher dans un lit qui n'était pas le sien.

Aussi on a placé le malade dans un petit cabinet, où il est isolé, et où il peut sans déranger les autres malades bouleverser son lit et mettre tout en désordre. Il est plongé dans un sub-délire intermittent ; c'est ainsi qu'il répond d'une façon à peu près sensée à toutes nos questions. Cependant il nous adresse de temps à autre des propos saugrenus et incohérents.

Nous passons rapidement sur ces faits en somme banals pour insister plus spécialement sur un phénomène présenté par notre malade et que nous avons tenu à étudier dans ses moindres détails.

2 mars. — Notre malade présente le type respiratoire de Cheyne-Stokes, caractérisé par les deux périodes bien connues d'apnée et de dyspnée se succédant plus ou moins régulièrement, accompagnées de phénomènes circulatoires et autres qu'on trouvera étudiés ci-après.

3 mars. — Apnée 15" à 20".
Dyspnée 30".

Il y a en moyenne 17 inspirations par période de dyspnée, les deux premières très faibles, la troisième beaucoup plus ample, le maximum étant atteint par la quatrième et conservé jusqu'à la douzième, les cinq dernières vont s'affaiblissant progressivement.

Pendant l'*apnée* le pouls bat à raison de 90 à 120 pulsations par minute. Pendant la *dyspnée* on n'en compte que 60.

4 mars. — Nous observons très longuement notre malade. Nous avons fait un tableau dans lequel nous montrons la durée respective de l'apnée et de la dyspnée, le nombre d'inspirations pendant la dyspnée; dans la

Apnée

quatrième colonne nous figurons le numéro d'ordre de la première inspiration ample, les inspirations qui précèdent étant esquissées; celles qui suivent ont à peu près la même valeur jusqu'à la dernière.

Apnée	Dyspnée	Nombre d'inspirations pendant la période de dyspnée	1 inspiration ample
12"	33"	15	3
13"	32"	15	4
15"	28'	14	4
13"	30"	14	3
15"	28"	14	3
15"	30"	14	3
13"	28"	14	2
16"	27"	14	2
15"	28"	14	2
15"	27"	14	2
15"	28"	14	2
15"	28"	14	2
18"	25"	14	2
15"	28"	14	4
15"	28"	14	4
17"	28"	14	3
13"	27"	14	2
15"	25"	14	2

La rapidité des battements du cœur variait avec les périodes d'apnée et de dyspnée selon les chiffres suivants :

Apnée : 80 pulsations par minute, 80, 90, 92, 88, 90.

Dyspnée : 60 pulsations par minute, 60, 60, 60, 60, 60.

5 mars. — Le nombre des inspirations par période de dyspnée n'est pas toujours aussi régulier. C'est ainsi que nous avons pour ce jour les chiffres suivants pour 24 périodes dyspnéiques successives :

Nombre d'inspirations : 13, 15, 14, 18, 17, 18, 17, 17, 16, 15, 13, 16, 15, 13, 14, 15, 14, 14, 14, 14, 13, 15, 15, 15.

D'autre part, *l'amplitude* et la *rapidité* de ces inspirations sont variables; hier, à part la ou les deux ou trois premières, les inspirations étaient égales comme amplitude et comme durée.

Plus souvent elles sont d'autant plus amples et plus rapides, qu'on approche du milieu de la période de dyspnée. Enfin elles peuvent être toutes également faibles et peu perceptibles et ce dans le cas où le malade vient de tousser et probablement épuiser par cet effort l'énergie nécessaire à la production d'inspirations plus fortes.

La *rapidité des battements du cœur* varie, nous l'avons vu, dans les périodes d'apnée et de dyspnée, plus lentes dans la dyspnée, plus rapides dans l'apnée; cette rapidité présente des différences très appréciables selon le moment. Ce sont ces variations que nos tracés montrent très clairement comme nous le verrons plus loin ; mais il n'est point besoin de sphygmographe pour s'en rendre compte et le pouls radial indiquait parfaitement au doigt une diminution de la vitesse des pulsations au moment où les inspirations étaient plus bruyantes et le plus souvent répétées.

Bien mieux le pouls veineux si accentué chez notre malade indiquait admirablement les variations dans la vitesse des battements du cœur, et tous les stagiaires qui se pressaient autour du lit pouvaient voir, alors que le malade entrait en apnée, le reflux jugulaire doubler de vitesse.

6 mars. — Phénomène subsiste, identique.

7 mars. — Nous avons pour ce jour les chiffres suivants :

Durée respective en secondes.

Apnée.	Dyspnée.	Nombre d'inspirations.
14"	28"	14
12"	28"	15
12"	30"	16
8"	34"	21
10"	38"	16

Rapidité des pulsations dans les deux périodes :

Apnée = 102 pulsations par minute 90 — 96

Dyspnée = 72 » » 60 — 66

8 mars. — Durée des deux périodes :

Apnée.	Dyspnée.
14"	27"
13"	24"
18"	30"
16"	28"

9 mars. — La longueur des deux périodes est considérablement augmentée :

Apnée.	Dyspnée.
22"	40"
28"	40"
27"	40"

Pendant la nuit du 9 au 10, nous voyons le malade : son rythme respiratoire n'est pas très régulier (notons que des mucosités obstruent les bronches). La période d'apnée est remplacée par une série d'inspirations courtes et beaucoup moins bruyantes que celles de la période de dyspnée. Un accès de toux survient, expectoration et reprise du rythme : Apnée 20" ; Dyspnée 30".

10 mars. — La durée des périodes tend à devenir égale, nous avons :

Apnée.	Dyspnée.
23"	27"
25"	25"
25"	25"

Dans la nuit du 10 au 11, le rythme est A = 20" D = 30".

11 mars. — La durée de l'apnée diminue, elle n'est plus en moyenne que de 15", celle de la dyspnée étant de 35".

12 mars.

Apnée.	Dyspnée.
15"	30"
20"	40"
20"	40"

13 mars. — La respiration devient plus régulière, moins bruyante et il est difficile de distinguer des périodes bien nettes. Le malade cesse parfois de respirer durant dix secondes, mais il n'y a plus de rythme de CHEYNE-STOKES.

Nous pouvons attribuer cette amélioration au régime suivi par le malade (régime lacté absolu) et aux injections de sérum qui lui furent faites et qui ont certainement augmenté sa diurèse.

13 au 27 mars. — L'amélioration subsiste, le sub-délire a disparu à peu près complètement et le rythme précédemment observé est remplacé par de simples irrégularités sans caractère net.

28 mars. — Le 28 apparaît de l'œdème des membres inférieurs, le malade se plaint de céphalée, tandis que le rythme de CHEYNE-STOKES réapparaît. Apnée et dyspnée sont également de 30".

29 mars. — Apnée 25". Dyspnée 35".

La réapparition du rythme fut de courte durée et le 1er avril, cependant que la dyspnée s'accentuait et que l'asystolie finale paraissait frapper le cœur de notre malade, le rythme de CHEYNE-STOKES disparaissait complètement.

Malgré le traitement, le malade devient de plus en plus anurique et il mourut en asystolie le 10 avril.

On trouve à *l'autopsie* les deux reins très scléreux et kystiques, un cœur énorme, toutes ses cavités gorgées de sang et dilatées, un foie cardiaque et des poumons emphysémateux.

A l'ouverture de la boîte crânienne, les vaisseaux de la pie mère sont légèrement congestionnés, pas d'œdème, la pie mère est blanchâtre dans sa région sylvienne.

Vaisseaux très peu athéromateux.

Bulbe. — L'aspect macroscopique ne révèle rien d'anormal et à la section les vaisseaux ne semblent pas scléreux. L'artère basilaire ne présente qu'une ou deux taches jaunâtres d'athérome, très petites et s'élevant à peine dans la lumière du vaisseau. La paroi artérielle est très souple, contrairement à ce qu'on pouvait attendre chez un alcoolique.

Nous étudierons maintenant les divers phénomènes respiratoires et concomitants présentés par notre urémique :

Troubles respiratoires. — Il présentait un rythme de CHEYNE-STOKES très net dont le cycle complet durait en moyenne 50", l'apnée étant généralement de 20" et la dyspnée de 30". L'apnée ayant presque toujours été inférieure à la dyspnée, ne l'ayant égalée que quelques fois, ne l'ayant jamais dépassée. On peut constater en consultant les chiffres qui précèdent que l'apnée a été de plus en plus longue à mesure que le malade approchait de la mort. L'apnée, qui était de 12" au début, était de 25" à la fin.

Ce rythme, d'après ce que nous disait notre malade, avait été précédé de ralentissements respiratoires, en tous cas après la disparition du rythme il présenta pendant quelques jours le rythme intermédaire décrit par Saloz et constitué par des périodes respiratoires d'accélération différente.

Le *rythme disparut dix jours avant la mort.*

Lorsque le malade est calme, il paraît somnoler les yeux mi-clos, la bouche entr'ouverte et il passe successivement par les périodes *d'Apnée* et de *Dyspnée*. Pendant l'apnée, silence respiratoire absolu naturellement, malade immobile, sauf les mouvements convulsifs que nous étudions plus loin ; puis insensiblement la première inspiration se produit à peine ébauchée, elle est suivie d'inspirations d'autant plus profondes, plus pressées et plus bruyantes que l'on approche du milieu de la période dyspnéique. Comme nous l'avons vu, les inspirations restent d'amplitude égale jusqu'à la dernière, ou bien l'amplitude décroit progressivement pendant les quatre ou cinq dernières inspirations. Dans quelques cas nous les avons vues également faibles de la première à la dernière.

Il nous faut noter ici les troubles apportés dans le rythme par la toux. Tantôt c'est par une expiration convulsive que commence la dyspnée et le reste est constitué par une quinte de toux, puis le malade entre en apnée, d'autres fois ce sont des quintes de toux relativement longues, s'étendant sur trois ou quatre cycles et dérangeant ensuite le rythme pendant quelques minutes.

Pendant l'apnée particulièrement le malade paraît être dans un état demi-comateux, duquel, chose bizarre, on le tire assez facilement. Pendant cette apnée nous lui demandons son nom, son âge, il nous répond immédiatement avec, naturellement, la légère difficulté qui résulte du fonctionnement pulmonaire.

Nous lui demandons pourquoi il ne respire pas, il nous

répond que ça ne le gêne pas énormément « c'est comme un calme plat, ça ne monte ni ne descend, je ne peux pas aller au fond, c'est comme une petite brise !!! »; réponses bizarres faites par un malade sub délirant, mais elles rendent bien compte de l'état dans lequel il se trouve pendant l'apnée, pendant ..... le calme plat!

Certains auteurs ont pu arriver à supprimer l'apnée, d'autres n'y ont pas réussi. Alors que le malade présentait le rythme type, nous sommes parvenus, en l'engageant vivement à respirer, à empêcher la production de deux périodes d'apnée successives; mais les inspirations ainsi produites sont faibles, ébauchées, cependant que la période dyspnéique qui lui succède est moins franche et moins bruyante. Nous voulons continuer, mais à la troisième apnée le malade nous envoie promener déclarant : « que c'est bête de respirer quand on n'a pas besoin et que c'est trop fatigant ».

Nous avons fait lever notre malade et nous l'avons fait promener quelques instants, les périodes d'apnée et de dyspnée n'étaient pas modifiées. Mais cet exercice ne convenait pas à notre urémique, qui ne tarda pas à vouloir regagner son lit.

L'éther étant un excitant bulbaire, nous avons songé à l'employer et à voir s'il aurait une action sur le rythme, nous l'avons fait et il nous a semblé qu'après l'ingestion de quelques centimètres cubes d'éther, environ un quart d'heure après, quelques petites inspirations se produisaient pendant l'apnée, mais nous n'en voulons rien conclure, nous proposant simplement de refaire cette expérience lorsque l'occasion s'en présenterait.

Voyons maintenant les phénomènes concomitants du côté de **l'appareil circulatoire :**

Autant qu'il nous a été possible de le constater avec l'appareil dont nous disposions (sphygmomanomètre de POTAIN), la tension artérielle était plus faible pendant l'apnée que pendant la dyspnée, les chiffres obtenus étaient toujours sensiblement les mêmes, 16, 17 et 18 pour l'apnée, 21, 22, 23 pour la dyspnée.

Quant aux variations du *nombre des pulsasions*, nous les avons étudiées tout particulièrement, et les tracés sphygmographiques que nous avons obtenus sont des plus démonstratifs. On y voit que les pulsations sont de plus en plus lentes à mesure qu'on approche du milieu de la dyspnée, c'est-à-dire du moment où les inspirations sont plus amples et plus fréquentes, que la rapidité des pulsations commence à s'accroître vers la fin de la dyspnée et atteint son maximum au début de l'apnée ; vers la fin de cette dernière période, les pulsations commencent à diminuer de fréquence.

Le tableau chronométrique suivant est également intéressant et sa lecture donne les mêmes enseignements que la lecture des tracés. Chaque chiffre y représente le nombre de pulsations enregistrées pendant 5 secondes, chacune des périodes d'apnée et de dyspnée a ainsi été fractionnée en portions de cinq secondes (3 ou 4 selon la durée). La comparaison des différents chiffres permet de se rendre compte du maximum de vitesse du pouls.

Ainsi on peut lire dans ce tableau, le premier cycle par exemple : au début de l'apnée 9 pulsations pendant 5", c'est le maximum, et 4 pulsations au milieu de la dyspnée (minimum).

Apnée	Dyspnée
(15") 9.7.6	(25") 5.4.4.5.6
(20") 8.7.7.7.	(35") 6.5.4.4.6.7.8.
(20") 6.6.7.5.	(25") 5.4.4.6.6.
(20") 8.8.7.6.	(20") 5.5.4.5.
(20") 6.7.7.7.	(20") 5.5.5.6.
(20") 8.8.7.6.	(30") 6.6.5.5.5.6.
(20") 6.7.7.6.	(30") 6.6.5.5.6.7.
(15") 7.6.5.	(30") 5.5.5.5 6.6.
(20") 7.7.7.7.	(30") 5.5.5.6.7:7.
(20") 7.7.7.6.	(30") 5.5.5.5.6.7.
(20") 6.6.7.7.	(30") 5 5.4.5.6.7.
(20") 7.7.6.6.	(25") 6.5.5.5.6.

Notons enfin, pour clore la série des phénomènes circulatoires, que pendant toute la durée de la maladie on peut entendre à la base un dédoublement du deuxième bruit.

Il n'y avait point de pâleur de la peau à la fin de la pause.

Troubles pupillaires. — Ces troubles n'ont pas été absoluments constants. Toutefois nous avons souvent constaté que les pupilles étaient en myosis pendant l'apnée. Toujours nous avons vu une dilatation prædyspnéique et bien souvent vers la fin de la dyspnée les pupilles commençaient à se contracter. A différentes reprises les pupilles étaient inégales, la gauche plus dilatée que la droite. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation étaient conservés pendant l'apnée et la dyspnée ; toutefois les pupilles étaient parfois paresseuses, très dilatées et ne réagissant pas à la lumière par exemple.

Nous n'avons pas pu obtenir le réflexe à la douleur. Pas de déviation oculaire. Pas d'abaissement de la vue.

Troubles du système musculaire. — Pendant l'apnée, l'immobilité du malade est troublée par quelques secousses latérales de la tête, ou bien le malade hausse les épaules (fréquent). Les petits muscles de la face sont particulièrement mis en jeu et le malade fait une foule de grimaces, le sourcilier, le canin, l'orbiculaire des paupières, le buccinateur peuvent être animés de deux ou trois secousses, l'orbiculaire des lèvres fait très souvent la moue.

On remarque en outre des soubresauts tendineux plus particulièrement localisés au membre supérieur droit ; ce sont des petits mouvements d'extension de l'avant-bras, du

poignet, des petites secousses latérales du poignet, l'extension brusque de l'index ou de quelqu'autre doigt. Parfois aussi de légers mouvements de flexion de la main. Tantôt, au contraire, c'est un membre inférieur secoué brusquement qui soulève les couvertures.

La **Sensibilité** cutanée ne nous a point paru très altérée, tout au plus y avait-il un peu de retard, tant dans l'apnée que dans la dyspnée.

Troubles réflexes. — Les réflexes tendineux sont abolis, le réflexe rotulien fut cherché un très grand nombre de fois et ne fut jamais obtenu.

Pas de réflexe plantaire. Pas de phénomène du pied. Le réflexe pharyngé est très faible pendant l'apnée, il existe pendant la dyspnée beaucoup plus marqué. Le réflexe cornéen existe dans l'apnée et dans la dyspnée.

Troubles intellectuels. — Ainsi que nous l'avons dit au cours de cet article, le malade était un urémique délirant, se levait la nuit, déchirait ses draps et si, lorsqu'on lui causait, certaines réponses étaient sensées, le malade y ajoutait différents propos qui ne l'étaient point du tout, il s'imagina un jour qu'on lui avait volé ses effets, les différents propos saugrenus étaient tenus pendant la dyspnée.

Le malade était obnubilé pendant l'apnée surtout, mais comme on l'a vu il était possible de l'interroger pendant cette apnée.

Cette longue observation est intéressante à plus d'un titre, nous retiendrons seulement :

1° La régularité du rythme ; 2° Les phénomènes circulatoires si intéressants mis en évidence par nos tracés et nos tables ; 3° La dilatation pupillaire prædyspnéique, le myosis pendant l'apnée ; 4° L'abolition des réflexes rotuliens et plantaires ; 5° Les variations du réflexe pharyngien, faible dans l'apnée, augmentant dans la dyspnée.

M. le professeur Wertheimer a bien voulu nous dire comment il est possible d'expliquer et de relier entre eux les phénomènes présentés par le malade.

La diminution d'excitabilité des centres bulbaires :

a) Respiratoire; *b*) Modérateur du cœur ; *c*) Vaso-constricteur; *d*) dilatateur de la pupille.

pendant l'apnée, explique pendant cette période :

a) L'arrêt des mouvements respiratoires ; *b*) L'accélération des battements du cœur ; *c*) L'abaissement de la tension artérielle ; *d*) Le myosis.

Pendant cette période d'apnée, l'acide carbonique s'accumule dans le sang et en même temps qu'il irrite les noyaux moteurs produisant ainsi les convulsions de la fin de l'apnée, réveille les centres précités de sorte que :

a) La respiration recommence ; *b*) Le cœur bat plus lentement ; *c*) La tension artérielle augmente ; *d*) La pupille se dilate.

Tout cela fonctionne régulièrement tant que rien ne vient déranger le rythme, mais si la volonté par exemple intervient, elle arrive à produire quand même quelques mouvement respiratoires pendant l'apnée. Mais son action n'est pas longue et nous avons vu qu'après trois apnées successives le malade, impuissant, refuse de nouvelles tentatives.

Qu'un accès de toux survienne, l'équilibre est rompu ; le bulbe, épuisé par ce surmenage, met quelque temps à se remettre et les cycles qui suivent ont des mouvements respiratoires ébauchés et la périodicité des phases d'apnée et de dyspnée est momentanément irrégulière.

Si ce sont là des hypothèses, elles sont étayées sur des notions physiologiques déjà bien connues et elles permettent, en attendant le résultat des nouvelles expériences nécessaires, d'avoir du phénomène de Cheyne-Stokes et des troubles divers qui l'accompagnent, une explication à laquelle momentanément nous pouvons nous arrêter.

Palpitations de l'aorte abdominale

Par M. J. Colle, interne des Hôpitaux.

Madame G.., âgée de 31 ans, entre aux pavillons Ollivier pour une métrite. Une fois en traitement, des troubles nerveux appellent l'attention ; pour en élucider la nature les renseignements suivants sont recueillis, qui, avec l'examen, en font une observation intéressante à plusieurs titres.

De souche nerveuse, nerveuse elle-même, cette dame a toujours été d'aspect anémique. Réglée à 14 ans, elle l'est normalement depuis, mais avec pertes blanches abondantes en permanence. De son mariage elle eut son premier enfant à 24 ans, avec des suites de couches tout à fait normales.

Deux ans après, à 26 ans, elle fit un rhumatisme articulaire, dont la période aiguë s'éternisa, provoquant des douleurs articulaires modérées, mais continues, jusqu'à l'apparition d'une seconde grossesse à 27 ans. Cette grossesse fut rendue pénible par des vomissements incoercibles accompagnant des douleurs épigastriques. Un accouchement prématuré fut provoqué à huit mois. L'enfant mourut vingt-quatre heures après. Les suites de couches furent normales, sans fièvre ; mais à dater d'alors la malade devient neurasthénique.

Depuis lors elle se plaint de céphalée en casque, de bourdonnements d'oreille, de névralgies qu'elle dit très douloureuses de la face du côté gauche. Elle a des idées tristes et pense constamment au suicide. La nuit elle rêve de choses bizarres, de cérémonies religieuses, d'animaux fantastiques. Au réveil elle est plus fatiguée que lorsqu'elle s'est couchée.

Six semaines après l'accouchement, à la réapparition des règles, la malade a une véritable hémorragie qui la laisse, à son dire, presqu'exsangue. C'est depuis lors, c'est-à-dire depuis quatre ans, qu'elle se plaint de battements de cœur, de douleurs à la région précardiaque, de battements dans l'abdomen. « On dirait que ça saute, dit-elle ». Ces battements augmentent

d'une façon considérable à la moindre émotion ; particulièrement à l'arrivée du médecin. Ils augmentent aussi aux époques menstruelles et au cours des épistaxis fréquents qu'elle présente.

L'examen de la malade ne révèle rien d'anormal aux poumons ; mais au cœur, des souffles extracardiaques s'entendent à presque tous les orifices, à la pointe le premier temps est couvert par un roulement qui commence avant la systole et couvre presque tout le petit silence. Le second temps est faible. A l'orifice aortique le premier temps est un peu soufflé. On entend aussi un souffle au deux carotides.

La paroi abdominale, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au point correspondant à la bifurcation de l'aorte, est soulevée régulièrement par des battements qui correspondent à la systole cardiaque. Le phénomène, sensible à l'œil, est encore plus net au toucher. Si l'on appuie le stéthoscope au niveau des battements, la tête est repoussée par son intermédiaire et reçoit un choc à chaque systole cardiaque. En déprimant fortement la paroi abdominale avec le stéthoscope on produit un souffle aortique.

A la palpation : à travers la paroi abdominale facilement dépressible on sent l'aorte légèrement augmentée de volume, mais ne présentant aucune dilatation anévrysmale. A la percussion de l'abdomen on trouve une zone de sonorité qui commence à trois travers de doigt en dessous de l'appendice xyphoïde et s'étend jusqu'au dessous de l'ombilic. Cette zone de sonorité s'étend à droite et à gauche des hypocondres jusqu'au rebord des fausses côtes et est dû à des gaz contenus dans le côlon transverse ; il n'y a pas d'ectasie gastrique. Le foie est peu volumineux et n'arrive pas au bord inférieur des fausses côtes.

L'appareil digestif est le siège de troubles multiples. L'appétit est bon, mais la digestion pénible. Les éructations sont fréquentes ; des tiraillements d'estomac, de la flatulence, des nausées, s'accompagnent de vomissement pituiteux répétés, surtout le matin. Il y a de la constipation avec des alternatives de diarrhée.

J'ai signalé que la malade présente des phénomènes nerveux divers : maux de têtes, étourdissements, vertiges, agoraphobie, sensation de fatigue. A sa neurasthénie il faut ajouter de l'alcoolisme et de l'hystérie fruste et légère ; elle a la sensation de strangulation ; de temps à autre elle présente des attaques syncopales, tombant sans connaissance, blême, sans mouvements. Les stigmates hystériques manquent cependant : les réflexes pharyngiens et cornéens conservés, pas de zones hystérogènes, ni anesthésie, ni hyperesthésie. De plus la malade raconte son histoire avec volubilité, très contente que l'on s'occupe d'elle, avouant « car elle dit tout à ses médecins », qu'elle prend volontiers un apéritif avec son mari, un verre de liqueur avec ses amies ; l'absinthe même ne lui serait pas inconnue.

Cette observation banale, mais un peu touffue, montre que la malade, nerveuse par son hérédité, devenue neurasthénique par anémie aiguë, ne parvient pas à sortir de sa neurasthénie, à raison de l'alcoolisation inconsciente qu'elle pratique. Mais l'examen nous a révélé un cas clinique intéressant, à savoir les palpitations de l'aorte abdominale.

La constatation de ces battements abdominaux porte tout d'abord et facilement l'esprit à une erreur de diagnostic : l'anévrysme de l'aorte abdominale, en effet, a souvent été soupçonné et affirmé, alors qu'il s'agissait seulement de faits analogues à celui-ci : au reste, la curabilité des anévrysmes par la méthode de Valsava reposerait, d'après Stokes, sur des erreurs de diagnostic commises sur des cas de ce genre. Pour éviter de tomber dans cette erreur, il faut se souvenir que le diagnostic des palpitations de l'aorte abdominale repose sur les points suivants, que relate du reste notre observation : pas de dilatation anévrysmale par le palper, variations de siège, de sonorité et de volume de la tumeur suivant les jours, intermittence dans les battements constatés, influence de l'émotion, dans la production des battements ; souffle léger et non vibrant ; absence de retard du pouls crural ; constatation de symptômes accessoires, tels que neurasthénie, troubles gastro-intestinaux.

Sans être fréquente, l'aorte pulsatile se rencontre assez souvent pour que l'attention doive être attirée sur elle Y penser sera presque toujours la diagnostiquer.

Accidents généraux réflexes consécutifs à un lavement fortement salé

par le Docteur **A. Vermersch.**

Le lavement salé est de thérapeutique courante ; il arrive très souvent au praticien de le conseiller pour évacuer l'intestin, soit dans un cas de constipation chez l'adulte ou l'enfant, soit dans un cas d'éclampsie infantile. Il est rare, néanmoins de constater des accidents à la suite de lavements semblables ; aussi ne croyons-nous pas indigne d'intérêt de rapporter l'observation suivante où des accidents sérieux succédèrent à l'administration d'un lavement trop salé.

Madame M..., de robuste constitution, enceinte de six mois, est constipée depuis le commencement de sa grossesse, comme presque toutes les femmes enceintes. Elle essaie de combattre cette constipation par tous les moyens habituels, sans recourir toutefois aux purgatifs drastiques.

Après avoir épuisé toute la série des laxatifs, elle prend journellement, sur les conseils de son pharmacien, un lavement avec une pincée de sel. Ce remède agit pendant quelque temps, mais bientôt n'a plus aucun effet sur l'intestin. Le mari alors croit être bien inspiré en augmentant sensiblement la dose du sel

marin. C'est pour les suites d'un lavement ainsi administré que nous fûmes naguère appelé à donner nos soins.

Nous trouvons la malade alitée, en proie à de violentes coliques, dans un état nauséeux, que troublent quelques rares vomissements, qui causent des douleurs s'irradiant dans la région lombo-abdominale. S'il n'existe pas de hoquet, ni de syncope, nous constatons des sueurs froides et de véritables lipothymies. Madame M... est dans un état voisin de collapsus : les évacuations sont alvines, sanguinolentes, sans odeur spéciale, et contiennent des lambeaux de muqueuse.

Tel est l'état dans lequel nous voyons notre malade le matin à notre première visite. Un irrigateur, gisant au milieu de la chambre, ayant attiré notre attention, nous questionnons le mari, et apprenons qu'un lavement venait d'être donné avec une forte poignée de gros sel (environ 150 grammes à 200 grammes de sel gris). Un quart d'heure à peine après l'administration du lavement, la malade avait présenté les divers phénomènes que nous venons de signaler.

En présence de ces accidents généraux réflexes de l'action irritante locale qu'avait causée le lavement, nous nous décidâmes pour le traitement calmant et délayant. Nous fîmes une injection de morphine et nous prescrivîmes des boissons citriques et du lait coupé avec de l'eau albumineuse.

A notre seconde visite l'après-midi, les symptômes alarmants avaient cédé à la médication du matin. Quelques douleurs sourdes existaient seules encore dans le bas-ventre ; des cachets de benzo-naphtol et de silicate de magnésie furent ordonnés.

Le lendemain matin, l'état général était satisfaisant : plus de vomissements ni d'entéralgie. La malade accuse seulement une soif intense, comparable à celle des diarrhées cholériformes, et facilement apaisée par la glace.

Dans la soirée, nous étions de nouveau appelé pour des douleurs siégeant surtout dans les lombes. La possibilité d'un accouchement prématuré se présente à notre esprit, quelques gouttes de teinture de viburnum prunifolium à l'intérieur et un lavement laudanisé calmèrent ces douleurs.

Le troisième jour, la malade était guérie ; la grossesse continue.

Il est de toute évidence que cette jeune femme a été victime d'accidents réflexes d'une rectite occasionnée par l'injection d'une solution concentrée de sel marin.

Le sel gris, sel marin impur ou non raffiné, est en majeure partie composé de chlorure de sodium, dont l'existence dans tous les tissus et liquides de l'organisme, dont le rôle dans les phénomènes intimes de diffusion et dans la conservation des hématies est connue de tous les médecins.

La valeur des impuretés dans les accidents que je viens de relater me paraît nulle, d'autant que l'irritation produite par une solution quasi-saturée de sel marin explique ce qui s'est produit : desquamation épithéliale, ténesme, choléra nostras, état syncopal.

La cause de ces accidents réside en effet dans la quantité de sel introduite et dans sa concentration. En posologie habituelle, le lavement salé doit être formulé à 60 pour 1000 ; or, cette dose, étant trois fois plus forte, la solubilité maxima du sel marin dans l'eau étant de 1 pour 4 à la température ordinaire, avec 180 gr. pour un litre environ, nous n'étions pas loin de la saturation ; dans ces conditions, la soustraction d'eau aux tissus devait être et a été intense ; tout ce qui fut observé dérivait de ce fait. Au reste NOTHNAGEL et ROSSBACH ont signalé la mort après ingestion de 500 à 1000 gr. de chlorure de sodium.

Afin d'éviter pareille méprise, nous pensons donc qu'il importe au médecin de préciser la quantité de sel marin à employer dans un lavement. Les mots pincée, poignée, restent vagues dans l'esprit du malade, toujours porté à exagérer la dose. Enfin, c'est de préférence le sel blanc raffiné, sel marin plus pur et exempt de chlorures déliquescents, qu'il convient de conseiller.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M DELORME, dans les plaies pénétrantes de poitrine avec hémorrhagie grave, préconise l'intervention chirurgicale.

— M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE préfère l'immobilisation absolue du blessé.

Société de Chirurgie. — M. REYNIER est partisan de l'ablation précoce des nodules tuberculeux dans l'épididyme. La castration ne doit être pratiquée que dans des cas très particuliers.

Société médicale des Hôpitaux. — M. SOUQUES attribue la localisation cérébrale dans le rhumatisme à une prédisposition morbide antérieure.

Société de Biologie. — MM. GILBERT et WEIL ont mesuré la tension des liquides ascitiques.

— Pour MM. HALLION et LARAN, le metavanadate de soude est toxique.

Société de Dermatologie. — M. NÉLATON traite le lupus par l'exérèse et l'autoplastie. La proportion de non-récidive a été de trente sur quarante.

M. BESNIER est d'avis qu'il faut surtout tenir compte de l'état général du malade.

VARIÉTÉS

L'équitation, effets pédagogiques.

M. le Dr André Monteilh a traité avec beaucoup d'originalité, dans sa thèse (1), un sujet peu connu et sur lequel il a réuni de nombreux documents personnels. Voici, par exemple, une remarque assez curieuse au point de vue de l'influence de l'équitation sur les résultats pédagogiques.

Nous avons vu, dit M. Monteilh, dans la psycho-physiologie de l'équitation, que cet art crée chez l'homme sain, ou développe si elles existent déjà, les facultés intellectuelles qui font de celui chez qui ce travail s'opère, un homme courageux et viril ; tandis qu'elle tend à faire disparaître tout ce qui est amollissant ou débilitant pour lui. Or, que peut-on demander de mieux pour l'éducation de la jeunesse ? Nous avons vu que le but des réformes universitaires était de créer des hommes, comment alors ne pas songer à l'équitation ?

Il est d'ailleurs un fait certain, c'est que tous les professeurs d'équitation, qui ont l'esprit d'analyse, ont remarqué que leurs meilleurs élèves à cheval étaient aussi ceux qui tenaient les têtes de classe dans leur études, ou que du moins, ces jeunes gens étaient tous intelligents.

M. Bertini (directeur d'un manège scolaire important) classe ainsi ses élèves en équitation : Les premiers, ceux qui percent, sont ceux qui sont cotés dans leurs classes comme ayant le travail facile, primesautiers, intelligents.

Les suivants sont ceux qu'on appelle vulgairement les fortes têtes. Jeunes gens intelligents aussi, mais trop turbulents et indisciplinés, qui ne peuvent s'astreindre à la discipline des établissements d'éducation.

En troisième ligne les travailleurs, c'est-à-dire ceux qui, moins bien doués intellectuellement, rachètent leur manque de facilité par un travail opiniâtre et une volonté de fer.

Quant aux inintelligents et aux paresseux, il ne font jamais rien de bon en équitation.

Nous nous sommes renseignés aussi à ce point de vue, auprès du directeur de l'École de Sorèze. Cette école, comme on le sait, joint à l'éducation classique actuelle l'éducation physique sous toutes ses formes, et chez elle l'équitation a toujours été fort en honneur. Le Père directeur a eu l'amabilité de répondre à toutes les questions que nous lui avons posées, et, justement à propos de ce que nous avançons, on nous a écrit :

« Bien que depuis quelques années les meilleurs cavaliers se trouvent être les sujets les plus distingués, on ne saurait ériger la chose en principe. Le plus souvent, au contraire, les bons cavaliers laissent à désirer sous le rapport du travail et de la discipline. Mais ceux qui percent en équitation, sont *tous* intelligents ».

En même temps, on nous a envoyé un extrait du palmarès et un relevé des élèves qui ont été reçus au baccalauréat et qui avaient eu même temps des nominations en équitation. Or, cette liste, qui va de 1876 à 1898, nous montre que les élèves ayant des nominations en équitation ont eu des nominations dans les autres branches (puisque certains ont été jusqu'à dix fois nommés) et ont été reçus à leur baccalauréat souvent avec mention. C'est donc une confirmation, nous semble-t-il, de ce que nous avancions tout à l'heure de l'influence heureuse de l'équitation sur le développement intellectuel.

(Journal de médecine et de chirurgie pratique).

(1) L'équitation, ses effets physiologiques, psychiques et pédagogiques. Bordeaux.

Les bains au Japon

M. le Dr Matignon donne, dans la *Gazette des hôpitaux*, une relation de voyage qui montre que les Japonais ne professent pas du tout en matière de *nu* les mêmes idées que les occidentaux. Il décrit en particulier une station thermale : Dans le village de Onzen, une abondante source sulfureuse fournit de l'eau à 94 degrés. A dix pas d'elle, une source d'eau froide ordinaire, à 12 et 13 degrés, permet, par un moyen de canalisation économique en bambou, d'amener dans les piscines un mélange à 45 ou 48 degrés. Hommes, femmes, enfants, absolument nus, se pressent, debout les uns contre les autres, dans de grandes cuves qui servent de baignoires. Le traitement comprend plusieurs bains quotidiens pendant une vingtaine de jours, en moyenne. Est ce par raison de manque de serviettes, est-ce dans un but thérapeutique que les baigneurs ne s'essuient pas ? Dans tous les cas, on les voit, en général, au sortir de la piscine, se promener sans vêtements, ou s'asseoir au bord du chemin, dans le même costume, demandant aux rayons du soleil de vouloir bien les sécher.

Cette singulière habitude est même faite pour étonner un peu le voyageur étranger. Je me souviens, en effet, que mon compagnon de route et moi nous fûmes un tantinet surpris de nous trouver comme nous débouchions des bois, dans une rue de Onzen, en présence de quatre jeunes personnes absolument nues. Beaucoup moins surprises que Diane en face d'Actéon, elles répondirent par un rire gai et sonore à notre « caio » (bonjour), et n'essayèrent pas de se dérober à l'indiscrétion de mon appareil photographique. Après ces dames, nous rencontrâmes des hommes, également nus, puis d'autres femmes aussi sans vêtements. Nous vîmes un certain nombre de ces dernières, toujours aussi peu vêtues, installées sur leur balcon, en train de se peigner.

La nudité n'est pas inconvenante dans cet heureux pays, et le nu n'éveille pas d'idées libidineuses chez l'homme.

Le bilan de l'alcoolisme.

On estime, en France, la dépense annuelle pour l'alcool à 1.600.000.000 francs au bas mot, prélevée pour plus des 4/5 sur la classe des travailleurs. Quelle économie pour elle ! Quelle aisance reviendrait dans tant de pauvres et affreux ménages, si l'on savait se priver du petit verre ! Voilà pour le côté financier.

Au point de vue social, le fléau de l'alcoolisme vicie la race dans sa vitalité même, diminue le nombre des soldats à l'armée et augmente dans une proportion effrayante les hôtes des prisons, des hospices et des asiles d'aliénés.

En Angleterre, les compagnies d'assurances sur la vie sont tellement convaincues de l'influence des boissons alcooliques sur la mortalité et sur la morbidité, qu'elles font aux abstinents une réduction de 28 p. 100 sur le taux de la prime commune. (*Le Temps*).

Voilà autant de faits qui semblent ignorés du rédacteur parisien, d'un journal quotidien de notre ville, qui voit dans la consommation plus grande de l'alcool une source de revenus pour l'État et dans le petit verre une source de plaisir pour l'ouvrier.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le prochain Congrès de **l'Association Française pour l'Avancement des Sciences** doit se réunir à Boulogne-sur-Mer, du 14 au 21 septembre 1899.

En plus de l'échange de visites entre l'Association Britannique et l'Association Française, cette session sera intéressante, parce que la statue du grand médecin-électricien français DUCHENNE (de Boulogne) sera inaugurée, parce que fonctionnera aussi pour la première fois la Sous-Section d'Electricité Médicale, que le Conseil de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, désireux de favoriser les efforts de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de cette branche si nouvelle, mais déjà si importante des Sciences appliquées, vient de créer dans l'Association :

Comme rapports, 1° *Traitement par l'Electrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urèthre en particulier*, par le docteur H. BORDIER (de Lyon) ; 2° *Radioscopie et Radiographie stéréoscopiques*, par le professeur MARIE (de Toulouse) ; 3° *Récents progrès de la Radiographie*, par les Professeurs IMBERT et BERTIN-SANS (de Montpellier) ; 4° *De l'Endodiascopie, sa technique et ses résultats*, par le docteur BOUCHACOURT (de Paris).

— Le XIIIe **Congrès de l'Association française de chirurgie** s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 16 octobre, à deux heures, sous la présidence de M. le professeur A. PONCET, de Lyon.

Deux questions sont à l'ordre du jour : 1° *de l'hystérectomie abdominale totale*, M. RICARD, rapporteur ; 2° *tumeurs des os*, MM. POLLOSSON et BÉRARD, rapporteurs. Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, docteur PICQUÉ, 8, rue de l'Isly, Paris.

Le **premier Congrès des Médecins de Compagnies d'assurances sur la vie** aura lieu à Bruxelles, du 25 au 28 septembre 1899 ; il n'y sera traité que des questions d'ordre purement scientifique.

Un comité d'initiative français, composé de MM. BROUARDEL, LANDOUZY, PEYROT, MAURIAC, SIREDEY, WEILL-MANTOU, recommande les questions mises à l'ordre du jour, parmi lesquelles on trouve :

L'admissibilité des syphilitiques; Les névroses traumatiques; De l'alcoolisme au point de vue de l'assurance sur la vie ; De quelques dermatoses envisagées au point de vue de l'assurance sur la vie ; De l'admissibilité des glycosuriques ; La radiographie en matière d'assurances ; Quels sont les neurasthéniques que l'on peut admettre, quels sont ceux qu'il faut refuser ; ? L'hérédité tuberculeuse considérée au point de vue de son influence sur l'assurance-vie ; De l'examen du cœur (assurance-vie) ; Du diagnostic précoce de la paralysie générale ; De l'admissibilité des albuminuriques, etc.

Le prix de la cotisation est fixée à 20 francs. Les adhérents recevront le compte-rendu des travaux du Congrès.

Le 8 juin a été inaugurée, au Val-de-Grâce, la statue du baron Hippolyte LARREY, médecin-inspecteur, président du conseil de santé des armées, membre de l'Institut et de l'Académie de médecin, grand officier de la Légion d'honneur, né en 1803, mort en 1895. Au milieu d'une assistance choisie de savants et de militaires, les orateurs, MM. le professeur GUYON, l'inspecteur DUJARDIN-BEAUMETZ, le général ZURLINDEN, ont pris à tâche de montrer que le fils n'avait pas été écrasé par le lourd héritage laissé par le père. Cet hommage était bien dû à l'un de ceux qui ont le plus honoré la médecine militaire.

Le 8 juin, un banquet a été offert au docteur EMILY, le médecin de la glorieuse mission MARCHAND. MM. les professeurs BROUARDEL, PINARD, LABORDE, l'inspecteur CUNÉO, le docteur TEISSIER, ont célébré, avec une touchante unanimité dans l'éloge discret, la vaillance de cette troupe de braves dans leur « marche à l'étoile ». Avec une modestie bien rare, « notre glorieux confrère » a reporté aux traditions du corps l'honneur qu'on lui faisait en ce jour. Le regret a été exprimé dans l'assistance que la rosette d'officier de la Légion d'honneur ne remplaçât pas sur la poitrine du docteur EMILY le ruban attaché cinq ans auparavant pour faits de guerre.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. G.-H. MOUTON, interne des hôpitaux de Lille, lauréat de la Faculté, de Douai (Nord), a soutenu avec succès, le jeudi 15 juin, sa thèse de doctorat (5e série, n° 126), intitulée : **Des hernies adhérentes par glissement du gros intestin, leur thérapeutique.**

— Le ministre de la guerre vient d'accorder **un témoignage de satisfaction** pour preuve de dévouement, en donnant depuis longues années des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'à leurs familles, à MM. les docteurs CANONNE, d'Anzin ; VINCENT, d'Armentières ; COTTIGNY, d'Haubourdin ; JOLY, de Fauquembergues.

— Nous relevons parmi les **promotions et désignations récentes dans le corps de santé militaire** celle de MM. le docteur REVERCHON, de l'hôpital de Lille, promu au grade de médecin principal de deuxième classe ; le docteur MOURIER, promu médecin-major de deuxième classe et désigné pour le 1er d'infanterie à Cambrai ; le docteur LEFORT, du 8e chasseurs à pied à Amiens, promu médecin-major de deuxième classe et désigné pour l'école militaire préparatoire d'infanterie de Montreuil-sur-Mer.

— Dans la dernière promotion faite dans le **corps médical des asiles d'aliénés**, nous relevons le nom du docteur Singer, ancien élève de notre faculté, comme médecin-adjoint à l'asile public de Lesvellec (Morbihan).

UNIVERSITÉ DE PARIS

Sont nommés, après concours, **aides d'anatomie**, MM. Lenormand, Duval, Schwartz, Iselin, Fresson.

UNIVERSITÉS

Marseille. — Après concours, M. le docteur Acquaviva a été nommé chef de clinique chirurgicale.

Bordeaux. — Le 11 décembre, s'ouvrira un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de Poitiers.

Lyon. — Le 11 décembre s'ouvrira un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école pratique de Dijon.

Dijon. — Le 21 décembre s'ouvrira devant l'école préparatoire de Dijon, un concours pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à la dite école.

HOPITAUX DE PROVINCE

Le Creusot. — Ont été nommés chirurgiens en chef : M. le docteur Lagoutte, professeur suppléant à l'école de médecine de Dijon ; médecin en chef : M. le docteur Brian, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES : ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Raymond est élu **membre titulaire** de l'Académie de médecine, dans la section d'anatomie pathologique, par 71 voix.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — M. le médecin principal Richard, du Val-de-Grâce.

Officier d'Académie. — M. le médecin-major Dubrulle, du Val-de-Grâce.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Richancourt, de Bourgogne (Marne) ; Morétin, de Paris ; Monsarrat, de Mazamet (Tarn).

Choteau, décédé à Saint-Maurice-lez-Lille, à l'âge de 63 ans ; Hermant de Templeuve, mort tout jeune succombant à la tâche. Nous adressons à la famille de nos confrères l'expression de nos bien vives condoléances.

Buret, étudiant en médecine, mort à 22 ans des suites de la grippe. Nous adressons à sa famille, si douloureusement atteinte dans ses affections les plus chères, l'expression de notre sympathie émue.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

22e semaine, du 28 Mai au 3 Juin 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	2
3 mois à un an	11	4
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	»	4
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	8	5
40 à 60 ans	7	8
60 à 80 ans	5	10
80 ans et au-dessus	3	1
Total	44	39

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	4	10	6
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	4	»	3	»	»	2	»	»	»	»	»	4	14	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	4	10	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	3	»	»	»	»	»	3	8	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	1	2	1	»	»	5	»	»	»	»	»	6	17	13
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	5	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	2	10	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	4	4
Total	»	2	»	»	1	2	»	1	12	7	12	»	»	14	1	2	»	1	»	28	83	112

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 128. Troisième Année, N° 26. Le Numéro : **10** centimes. 25 Juin 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur les hémorrhoïdes et leur traitement

par le docteur **Moty**, médecin principal de l'armée.

L'article qui suit a pour but de préciser les indications et la valeur des différents procédés de traitement des hémorrhoïdes.

Tout le monde connaît les hémorrhoïdes et la plupart des médecins les connaissent même beaucoup plus qu'ils ne le souhaiteraient, car il y a peu d'hommes adonnés aux travaux de l'esprit qui n'en soient plus ou moins atteints. Résumons donc seulement leur histoire en quelques mots : Les travaux de VERNEUIL et surtout ceux de QUENU et HARTMANN ont démontré que les hémorrhoïdes sont essentiellement constituées par l'état variqueux des veines de rectum. La dilatation des veines se complique d'abord de phlébite, puis enfin de sclérose, de cause probablement ...ritique d'après nous, et la tumeur hémorrhoïdaire se trouve ainsi constituée, par un bourrelet anal variqueux sujet à des poussées inflammatoires ultérieures congestives (STAHL) ou infectieuses (QUÉNU) correspondant à de nouvelles endophlébites susceptibles de se propager au tissu cellulaire voisin et d'y déterminer un état phlegmoneux extrêmement douloureux et particulièrement déprimant qui peut aller quelquefois jusqu'à l'abcès.

Les veinules ano-rectales aboutissent : les hémorrhoïdales supérieures à la petite mésaraïque (système porte), les hémorrhoïdales moyennes aux plexus prostatique ou vaginal et à l'hypogastrique, les inférieures aux veines honteuses. Le réseau capillaire sous-muqueux d'où naissent ces différents groupes veineux forme un tout continu qui les solidarise assez complètement pour exclure toute limitation du processus hémorrhoïdaire à l'un ou l'autre de ces groupes.

On désigne donc cliniquement par hémorrhoïdes internes celles qui ne s'aperçoivent pas à l'orifice anal à moins d'être momentanément abaissées par des efforts de défécation, et par hémorrhoïdes externes, celles que l'on voit à l'orifice anal en écartant simplement les fesses l'une de l'autre.

Les hémorrhoïdes internes donnent souvent lieu à des hémorrhagies quelquefois graves, mais rarement à un état phlegmasique douloureux. C'est l'inverse qui s'observe pour les hémorrhoïdes externes.

La pathogénie des hémorrhoïdes reste inconnue et il est inutile de discuter ici les travaux entrepris pour élucider cette difficile question. On connaît au con-

traire fort bien les causes ordinaires des poussées inflammatoires hémorrhoïdaires.

La plupart des médecins en puissance d'hémorrhoïdes ont certainement constaté à leurs dépens l'influence trop évidente d'un travail cérébral prolongé sur la congestion de leurs veines rectales. L'action des excès vénériens n'est pas moins certaine et bon nombre de jeunes gens s'aperçoivent pour la première fois de leur infirmité rectale après un trop long voyage à Cythère; enfin le séjour dans les pays chauds, l'usage de l'opium à l'intérieur sont défavorables aux hémorrhoïdaires. Ces faits viennent à l'appui de la théorie congestive de Stahl; mais d'autres non moins certains semblent au contraire vérifier la théorie mécanique de Jean-Louis Petit ; tout le monde sait que l'équitation prolongée, la grossesse, les diarrhées rebelles et dyssenteries graves, la constipation, de même que les tumeurs abdominales peuvent être la cause de poussées hémorrhoïdaires. Si l'on veut formuler en quelques lignes l'étiologie des hémorrhoïdes, on est donc amené à les considérer comme la résultante : 1° d'une cause anatomo-mécanique, la pression considérable supportée par les veines du rectum pendant la défécation ou plus généralement pendant l'effort ; 2° d'une cause trophique mal connue se traduisant par une prédisposition aux varices rectales ; 3° des causes étiologiques diverses énumérées plus haut et qui constituent en réalité les causes occasionnelles de la maladie ou de ses complications.

Cette rapide analyse nous permettra de préciser les indications particulières à chaque cas et de mettre un certain ordre dans l'examen des différentes méthodes thérapeutiques préconisées.

Il suffit en effet de se reporter aux trois ordres de causes que nous avons admis pour se rendre compte de l'impuissance de la thérapeutique vis-à-vis des deux premiers dont l'un comprend une cause immuable et l'autre une cause inconnue.

Dans ces conditions, l'action thérapeutique ne peut s'exercer que sur les symptômes de la maladie, ses complications ou les désordres qu'elle a occasionnés, en tenant compte toutefois des données anatomiques acquises depuis peu.

Traitement prophylactique. Il est presque inutile de s'y arrêter, car le médecin n'est appelé à intervenir qu'au moment où les hémorrhoïdes sont devenues manifestes et où elles existent par conséquent depuis assez longtemps.

Tout ce que l'on peut dire c'est que l'hygiène n'est pas un vain mot, et que les jeunes gens qui se surmènent moralement, physiquement ou sexuellement sont exposés plus que les autres aux hémorrhoïdes et que l'apparition de cette infirmité est souvent le premier avertissement donné par la nature aux imprudents qui ne veulent pas compter avec leur organisme. Que la nutrition soit viciée dans un sens quelconque par excès de table et surmenage ou au contraire par insuffisance d'aliments et séjour au lit trop prolongé, le résultat sera le même et la déchéance expiatrice se traduira tôt ou tard par une poussée hémorrhoïdaire, à moins que le sujet ne soit indemne de cette prédisposition mal connue dont nous avons parlé. Que dire de plus ? Que le travailleur intellectuel doit interrompre de parti pris son travail avant d'atteindre la fatigue, qu'une promenade à un pas modéré est un des meilleurs moyens de se reposer l'esprit ? Mais ce ne sont là que des règles générales d'hygiène auxquelles les femmes enceintes, les écrivains, les cavaliers, etc., doivent, il est vrai, se soumettre quand ils le peuvent, mais qu'il serait inutile d'étudier plus longuement ici.

Traitement des poussées aigues. — Nous avons laissé entendre plus haut que deux éléments principaux intervenaient dans les poussées aiguës. Un élément congestif constant et un élément infectieux éventuel, qui nous semble généralement surajouté au premier.

Il en résulte que la première indication rationnelle offerte par la poussée hémorrhoïdaire est le repos dans le décubitus horizontal ; ce serait donc une grave erreur que d'appliquer ici les principes du traitement prophylactique, car la marche et la station debout ne pourraient qu'augmenter l'inflammation.

On éloignera ensuite les causes occasionnelles qui ont déterminé la poussée, c'est-à-dire qu'on combattra, suivant les circonstances, la diarrhée ou la constipation et que l'on exigera de même le repos de l'esprit ou le repos sexuel.

Quand il s'agit d'une poussée aiguë de faible intensité, c'est-à-dire d'une simple congestion, ces moyens peuvent suffire, mais on gagne toujours beaucoup de temps en allant un peu plus loin et en agissant d'une manière plus directe contre l'engorgement des veines rectales. Un préjugé très répandu, même parmi les médecins, et contre lequel on ne saurait s'élever avec trop d'énergie est l'emploi de l'eau froide contre les hémorroïdes ; la sensation de fraîcheur qui suit son

application est de courte durée et remplacée bientôt par une douleur plus pénible qu'auparavant accompagnée de tension croissante et de durcissement des dilatations veineuses.

D'autres topiques dont nous parlerons plus loin peuvent agir, il est vrai, et amener la résolution de la poussée, mais leur action est lente.

Emploi de l'eau chaude. — Nous pensons donc avec Reclus que le meilleur moyen de combattre la congestion est avant tout l'eau chaude. Cette médication si simple a pour résultat presque immédiat une sensation de détente et une diminution effective de la dureté des hémorrhoïdes.

Mais il y a lieu de remarquer que le mode d'application de l'eau chaude n'est pas indifférent ; en effet, pour qu'elle ait son plein effet, l'on doit atteindre une température d'au moins + 50° et continuer son application suivant la gravité des cas pendant deux, trois, quatre ou cinq minutes.

Dans ces conditions les bains généraux sont inapplicables et le bain de siège lui-même est difficilement tolérable en raison de la sensibilité des parties sexuelles externes à la chaleur.

Le lavement chaud se refroidit très vite et ne peut être commodément renouvelé ; si bien que je me suis arrêté au procédé suivant : préparer un demi-litre d'eau boriquée à 50° environ (moitié ou deux tiers d'eau bouillante) plonger un tampon de ouate hydrophile assez volumineux dans cette eau et le porter vivement sur les hémorrhoïdes ; s'il est intolérablement chaud, attendre quelques secondes et le réappliquer ; s'il ne l'est pas assez, ajouter un peu d'eau bouillante au mélange ; on renouvelle de dix à douze les applications en maintenant les tampons tant qu'ils paraissent chauds. Ce petit traitement peut être répété de deux à quatre fois chaque jour, mais dans les formes bénignes, il suffit de l'appliquer deux jours de suite avant de se coucher ; souvent même une seule application suffit à dissiper la menace inflammatoire et l'on se réveille le lendemain décongestionné.

Si le cas est plus grave et si la congestion externe se complique de pertes de sang par suite d'hémorrhoïdes internes, le même procédé réussit encore, car l'eau chaude agit à distance, mais un lavement chaud sera ici d'un précieux secours.

La douche ascendante chaude a la même action que l'eau chaude en tampons, mais elle est plus difficile à supporter et surtout moins pratique, car on a rarement le loisir de retourner plusieurs fois par jour dans un local de bains, pour en faire l'application. Un autre procédé assez recommandable, mais beaucoup mois commode, consiste à enduire le paquet hémorrhoïdaire de pommade mercurielle belladonnée, et à le couvrir d'un cataplasme épais aussi chaud qu'il peut être supporté. Il va sans dire que l'action principale de ce traitement est due à l'eau chaude, représentée par le cataplasme, et que la pommade mercurielle pourrait très bien être supprimée dans la plupart des cas.

S'il y avait collection purulente manifeste, l'incision après nettoyage de la peau au sublimé à 4 ‰, est incontestablement indiqué ; on peut la faire au bistouri ou au thermocautère ; je saupoudre ensuite la région anale de sous-nitrate ou de salicylate de bismuth et j'applique un tampon boriqué chaud à demi exprimé pour tout pansement. En cas d'étranglement, ulcération ou gangrène, le thermocautère et l'eau chaude sont encore les meilleurs moyens à employer.

Avec le procédé de l'eau chaude j'ai toujours vu jusqu'ici l'état phlegmoneux des hémorrhoïdes céder rapidement et la réduction des tumeurs s'accuser de plus en plus pendant les quelques jours et même les quelques semaines qui suivent la poussée aiguë.

Dilatation. — La dilatation a joui pendant quelque temps d'une grande vogue dans le traitement des hémorrhoïdes ; elle a surtout son indication dans les douleurs sphinctériennes dues à la contracture et s'applique par conséquent surtout à l'état aigu de la maladie.

Elle m'a toujours donné d'assez bons résultats; dans ces cas il y a soulagement immédiat des douleurs ; l'action des tampons chauds s'étend plus profondément à la suite de ces dilatations ; les hémorrhagies d'origine profonde diminuent ou s'arrêtent ; mais il faut reconnaître que le résultat acquis est très temporaire et qu'à elle seule la dilatation n'a pas une grande efficacité elle doit être conservée mais uniquement contre les douleurs spasmodiques rebelles de la période aiguë ou contre les hémorrhagies des hémorrhoïdes internes et contre l'étranglement.

Pour pratiquer la dilatation on fait autour de l'anus aseptisé quatre ou six injections de cocaïne au centième à raison d'un tiers ou d'une demi-seringue par piqûre et en plein sphincter ; on place ensuite le malade debout contre son lit sur lequel il appuie les coudes, de

manière à se trouver dans l'impossibilité de fuir devant l'effort et à présenter les fesses à l'opérateur ; on le fait écarter les jambes, on introduit les deux index vaselinés, dans l'anus, on les place dos à dos et on les écarte brusquement en les recourbant et en les relevant. Cette manœuvre nécessite une certaine force et il faut avoir soin d'enfoncer les index profondément si l'on veut réussir complètement, l'opération dure une ou deux secondes ; elle est, en général, complètement indolore, inutile d'ajouter que le malade doit avoir été à la selle un instant auparavant.

Nous ne dirons plus qu'un mot au sujet de la période aiguë. C'est que bien traitée elle laisse, en général, après elle un état sensiblement meilleur que celui sur lequel elle a pris naissance et que, négligée ou traitée par le froid, elle se résout au contraire irrégulièrement avec tendance aux rechutes et en laissant un paquet variqueux plus volumineux et plus irritable qu'il ne l'était auparavant.

État chronique. — L'état chronique des hémorrhoïdes est caractérisé par un bourrelet variqueux indolore à la marge de l'anus, bourrelet qui fait hernie à l'extérieur pendant la défécation et se réduit ensuite plus ou moins complètement; à ce bourrelet s'ajoutent souvent de véritables tumeurs angiomateuses plus ou moins pédiculées qui sont toujours aplaties par la pression des fesses, et auxquelles on donne le nom de marisques.

Bourrelet et marisques sont souvent envahies par un eczéma qui se propage plus ou moins aux parties voisines et cause un suintement et des démangeaisons fort pénibles.

Enfin les hémorrhoïdes amènent un épaississement et une chute de plus en plus prononcés de la muqueuse rectale quand elles sont mal traitées.

Un certain nombre de malades sont sujets à perdre à des époques presque régulières une certaine quantité de sang par leur muqueuse anale, et ces hémorrhagies, auxquelles ils s'habituent, jouent pour eux le rôle d'un dérivatif qu'ils considèrent comme nécessaire, ce qui est douteux, mais qui amène la résolution spontanée des poussées hémorrhoïdaires internes devenues périodiques. Chez tous les malades les hémorrhoïdes chroniques sont sujettes aux poussées aiguës par suite des surmenages, des chaleurs de l'été et en général de toutes les causes indiquées plus haut comme favorisant le développement des hémorrhoïdes.

Traitement de la poussée chronique. — Le traitement de cette forme présente un intérêt particulier parce qu'il s'applique à la totalité des hémorrhoïdaires. On peut dire sans crainte d'erreur que les hémorrhoïdes, comme les varices et le varicocèle, ne peuvent pas guérir complètement, mais on peut également soutenir à juste titre qu'elles sont susceptibles d'être ramenées à un état équivalent à la guérison.

Pour obtenir ce résultat, les malades doivent d'abord autant que possible éviter les causes occasionnelles énumérées plus haut ; en second lieu ils doivent s'astreindre à des soins de propreté persévérants sur lesquels je reviendrai ; enfin ils doivent recourir aux médications toniques, notamment aux douches générales froides.

Pour les soins de propreté locaux il faut éviter l'eau froide ; au contraire les tampons d'eau très chaude préconisés plus haut restent le moyen de choix. Quand les hémorrhoïdes sont simples et ne sont pas sous la dépendance d'une cause particulière comme la grossesse ou les tumeurs, ce moyen suffit à lui seul à les ramener en quelques jours à un état de résolution presque complet, le malade n'a plus ensuite qu'à se surveiller et à employer préventivement le même moyen à chaque menace de poussée nouvelle.

Bien que nous considérions ce simple moyen comme supérieur à tous les autres, il est cependant nécessaire d'étudier rapidement la valeur et les indications spéciales de diverses médications considérées à tort comme curatives ; en le faisant nous dirons quelques mots des complications auxquelles elles s'appliquent plus particulièrement.

Il est bon de noter d'abord que les petites complications des hémorrhoïdes chroniques sont intimement liées les unes aux autres.

La plus constante d'entre elles, l'état variqueux de la marge de l'anus, est une cause permanente de malpropreté et cette dernière entraîne à son tour l'eczéma et des démangeaisons plus ou moins pénibles.

Astringents. — Contre cet ensemble symptomatique on employait autrefois l'onguent populeum, que l'on pourrait aujourd'hui remplacer par les solutions de tannin ou de ratanhia.

Cette médication n'est pas sans avoir une certaine efficacité en dehors des poussées aiguës, mais elle a l'inconvénient de tacher le linge et il y a lieu de lui substituer d'autres moyens tout aussi simples et dépourvus de cet inconvénient.

Le sous-nitrate de bismuth en poudre ou sous forme de glycérolé, le salicylate de bismuth employé de la même manière calment les démangeaisons et l'eczéma beaucoup plus rapidement que les astringents.

Nous passons à dessein sous silence toutes les médications internes, telles que : la teinture de marron d'Inde, etc... dont l'efficacité contre les hémorrhoïdes externes reste très aléatoire, et nous arrivons aux antiseptiques.

Antiseptiques. — Les sels de bismuth dont je viens de parler peuvent être considérés comme des antiseptiques locaux ; ils ont peu d'action sur la chute de la muqueuse et sur les poussées aiguës peu accusées, justiciables de moyens simples, mais ils sont très recommandables contre l'eczéma. Les médicaments les plus efficaces contre les hémorrhoïdes chroniques sont à mon avis l'acide salicylique et l'acide chrysophanique; les autres antiseptiques usuels tels que les solutions de sublimé ou d'acide phénique sont à peu près sans action.

L'acide salicylique en solution au 10e dans l'alcool s'applique au moyen d'un petit tampon de coton monté sur un bout de fil de fer ou de bois que l'on enfonce doucement dans l'orifice anal et que l'on retire aussitôt après; il y a d'abord sensation de fraîcheur, puis de brûlure assez vive mais passagère, ne durant pas plus d'une minute, et enfin diminution sensible des douleurs. Ce petit procédé que nous employons depuis quelques années donne de très bons résultats chez les femmes enceintes,et dans les formes chroniques à poussées inflammatoires chez l'homme; il amène un dégorgement assez marqué, mais passager, des bourrelets, et peut être avantageusement utilisé, en alternant d'un soir à l'autre, les tampons d'eau chaude et les attouchements à l'acide salicylique.

L'acide chrysophanique préconisé par Kossobuski a beaucoup d'analogies d'action avec l'acide salicylique; j'ai renoncé à son emploi parce qu'il salit le linge et qu'il est moins actif que l'acide salicylique.

Kossobuski l'employait suivant la formule ci-après, qui a le tort d'être trop complexe :

Chrysarobine	0 gr. 80
Iodoforme	0 gr. 30
Extrait de belladone	0 gr. 60
Vaseline	25 gr. 00

Je dois dire que je me suis contenté d'employer l'acide chrysophanique à 3 °/o, mais je ne pense pas qu'il y ait une grande différence d'action entre les deux formules ; il est juste d'ajouter que l'acide chrysophanique et la chrysarobine ne sont aucunement douloureux ; on sait d'ailleurs que ces substances doivent être maniées avec précaution, l'acide chrysophanique surtout.

Injections interstitielles. — Il suffit de citer brièvement cette méthode qui a le grave inconvénient d'exposer à des accidents plus ou moins sérieux pour un résultat temporaire ou au moins incomplet ; je n'en ai aucune expérience personnelle, n'ayant jamais été tenté de l'employer et ne l'ayant vu employer par personne.

Ferrand et Vidal recommandent la formule suivante en cas d'étranglement :

Eau	0 gr. 50
Extrait aqueux d'ergot de seigle	0 gr. 12
Glycérine	0 gr. 50

Ce moyen ne serait recommandé qu'en cas d'hémorrhagie grave.

Pour Lange, de New-York, il convient de { glycérine. / acide phénique. } ââ d'injecter de deux à sept gouttes dans les bourrelets. Je n'insiste pas davantage sur cette médication qui ne peut être que tout à fait exceptionnelle.

Cautérisation. — La cautérisation mérite au contraire une place très importante dans le traitement des hémorrhoïdes ; elle s'applique particulièrement aux deux éléments, chute de la muqueuse et tumeurs hémorrhoïdaires et se pratique avec les caustiques chimiques ou physiques.

Laissant de côté les caustiques faibles mentionnés au paragraphe « antiseptiques », citons d'abord l'acide azotique fumant préconisé par Lannelongue et que l'on applique au moyen d'un tampon de ouate maintenu deux ou trois secondes en contact avec le bourrelet hémorrhoïdaire ; ce moyen,qui n'est que le reflet des anciens traitements des chutes de la muqueuse rectale, n'est plus guère en usage ni dans l'une, ni dans l'autre affection ; son action, peu efficace, est très douloureuse ; c'en est assez pour le faire reléguer aux archives de la thérapeutique.

Un procédé plus chirurgical a été proposé par Richet,qui l'a désigné sous le nom de volatilisation des hémorrhoïdes. On le pratique avec les pinces auxquelles il a donné son nom, ces pinces ne sont autre chose que deux cautères olivaires aplatis et articulés en pince que l'on fait rougir dans un réchaud et avec

lesquels on saisit deux portions diamétralement opposées du bourrelet qui se transforment en deux escharres plates et sèches ; on panse ensuite au bismuth ; il va sans dire que l'on protège les parties voisines au moyen de spatules, cuillers, compresses humides ou tout autre moyen approprié. Les portions de tumeur qui ont échappé au cautère s'atrophient rapidement après avoir présenté d'abord un gonflement inflammatoire plus ou moins prononcé, mais il s'établit presque toujours de la suppuration consécutive et les malades restent pendant deux ou trois semaines et quelquefois davantage aux prises avec des selles douloureuses et difficiles et sont astreints au repos. Ce procédé mérite cependant d'être conservé pour les hémorrhoïdes étranglées et dures, en raison de sa rapidité et de sa simplicité. Richet employait le chloroforme, mais on peut aujourd'hui se contenter de piqûres à la solution de cocaïne et la méthode devient ainsi très pratique dans la chirurgie de campagne.

Un procédé dérivé de celui de Richet convient très bien aux polypes flottants pédiculés, reliquats de poussées hémorrhoïdaires antérieures ; on cocaïnise la petite tumeur, on la saisit avec une pince de Péan, on la couche sur une spatule qui soulève son pédicule et on sectionne ce dernier à petits coups au thermocautère rouge sombre ; une deuxième spatule protège le côté opposé de l'anus. Si la tumeur est bien pédiculée, il n'y a pas une goutte de sang et la guérison se fait sous l'escharre sans suppuration. Si la masse est sessile les parties sous-jacentes s'enflamment plus ou moins les jours suivants, mais les pansements antiseptiques, bismuth, sublimé au 1000e les premiers jours, et l'eau blanche vers le quatrième jour, réduisent cette inflammation à peu de chose et, au bout d'une quinzaine de jours, toute trace des hémorrhoïdes a momentanément ou définitivement disparu.

Dans ces deux procédés nous nous bornons pour tout pansement à appliquer sur l'anus un tampon antiseptique que le malade remplace quand il est nécessaire ; lotions chaudes et bismuth après chaque selle.

Quand on obtient une escharre sèche, les malades peuvent se lever le jour même; dans le cas contraire, ils doivent conserver le lit une huitaine de jours. Après quarante-huit heures, je ne recherche plus la constipation, et je facilite avec un lavement la première selle naturelle pressentie par le malade.

En cas d'hémorrhagie, on se borne à appliquer un tampon antiseptique sec sur l'anus, après lotion très chaude ; on l'y maintient serré pendant quelques minutes et on le fait maintenir ensuite par le malade lui-même.

Dissection. — La dissection suivie d'incision ou l'excision simple (procédé de Withehead), autrefois dangereuses, mais rendues inoffensives par la méthode antiseptique, gagnent tous les jours du terrain et nous semblent l'emporter de beaucoup sur la ligature sous-muqueuse à fils perdus (Allingham), procédé minutieux qui traîne inutilement les choses en longueur ; l'emploi de ces méthodes se trouve indiqué après échec de la dilatation et de l'eau chaude et en présence de paquets hémorrhoïdaires volumineux ou à inflammations fréquentes ; il est particulièrement avantageux dans les cas de procidence muqueuse accusée. Nous pratiquons l'excision après cocaïnisation et par un procédé encore plus simple que celui de Reclus, c'est-à-dire en saisissant avec une pince en T, les parties les plus saillantes des paquets et en plaçant un catgut faufilé plusieurs fois au-dessous des pinces ; on excise au bistouri ou au thermocautère, et l'on complète ensuite la suture avec le même fil, revenant en surjet sur lui-même.

Delaune dissèque et résèque la muqueuse variqueuse et suture la muqueuse saine à la peau comme Withehead ; la dissection peut être poussée si loin qu'il lui est arrivé d'enlever jusqu'à trente et même quatre-vingts centimètres de muqueuse. Cependant il faut éviter de tendre trop cette dernière au moment de la suture, sous peine de voir les fils la couper et la cicatrisation se faire attendre fort longtemps. Les dissections étendues deviennent d'ailleurs des opérations délicates et s'appliquent plutôt aux chutes de la muqueuse rectale qu'aux simples hémorrhoïdes.

Il va sans dire que le malade doit avoir été à la selle dans la matinée, que l'on dilate l'anus avant d'inciser ou de pincer les varicosités, que l'on fait les sutures perdues au catgut fin et que l'on panse au bismuth en laissant le malade constipé pendant quelques jours après l'opération. Chacun peut faire la suture à sa manière, mais il importe d'obtenir une coaptation bien exacte.

Nous en avons dit assez et peut-être trop, car nous pourrions résumer cet article en trois mots : eau très chaude ; notre but était surtout de combattre l'usage si populaire, mais si peu physiologique, de l'eau froide

dans le traitement journalier des hémorrhoïdes; nous conclurons donc en disant :

1° Que l'eau très chaude est le meilleur antiphlogistique des poussées inflammatoires hémorrhoïdaires.

2° Qu'elle suffit souvent à elle seule à produire l'atrophie de volumineux bourrelets ou tumeurs hémorrhoïdaires.

3° Qu'elle est le topique le plus actif pour les soins journaliers des hémorrhoïdes chroniques.

4° Que son emploi doit précéder et suivre les interventions plus radicales, telles que la dilatation, la cautérisation, l'excision ou la résection méthodique et qu'il peut être associé à tous les moyens connus

5° Que l'eau froide doit être complètement abandonnée, même en cas d'hémorrhagie, dans le traitement des hémorrhoïdes.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. Bucquoy dit avoir traité des tuberculeux par la créosote à haute dose, sans observer d'accidents.

D'après M. Catrin l'évolution de la tuberculose pulmonaire, dans la région du Nord, est beaucoup plus lente que dans les autres régions.

Société de Chirurgie. — M. Schwartz, dans le traitement des hémorrhoïdes emploie l'ignipuncture combinée ou non avant l'excision.

M. Delbet préconise l'intervention par le bistouri.

M. Tillaux préfère le thermo-cautère.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Danlos a employé avec assez de succès l'acide cacodylique, dans le traitement de certaines dermatoses.

Société de Biologie. — MM. Besançon et Gouget étudient l'action comparée de poisons tuberculeux.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Juin 1899

Présidence de M. le docteur Carlier, *président.*

Volumineux kyste de l'ovaire

M. Folet rapporte brièvement l'histoire d'une malade entrée dans son service avec un ventre énormément distendu, fluctuant, donnant nettement la sensation de liquide, mais qui n'avait jamais présenté d'œdème des jambes. Son teint étant subictérique, M. Folet inclina vers le diagnostic d'ascite due à une lésion hépatique, et se décida à la ponction au bistouri, en faisant une incision suffisante pour palper le foie et les différents organes abdominaux à travers l'ouverture de la paroi.

Le diagnostic ne fut pas confirmé par l'opération ; on se trouva en présence d'une poche kystique volumineuse, contenant quarante litres de liquide et multilobulaire.

L'ablation se fit normalement et maintenant la malade est en voie de guérison.

M. Folet fait remarquer que par suite de la compression subie pendant longtemps, l'intestin ne s'est pas interposé entre la paroi antérieure de l'abdomen et la paroi postérieure, de sorte qu'on pouvait palper après l'opération, avec la plus grande facilité, les organes profonds.

Pseudo-linite plastique

M. Raviart, interne des hôpitaux, présente un estomac cancéreux recueilli avec M. Chancel, externe, à une autopsie faite dans le service de M. le professeur Combemale.

Le sujet, homme de 37 ans, soigné pendant longtemps, dans divers services, pour une gastrite alcoolique, ne présentait que depuis peu les symptômes de néoplasme cancéreux. L'estomac était envahi en masse, la lumière du cardia était très réduite.

M. Raviart fait remarquer ; α) l'évolution latente de l'affection, puisqu'il n'y a que deux mois que le diagnostic a pu être posé ; β) la rareté de cancer en en masse chez les individus de cet âge ; γ) l'adhérence très grande aux organes voisins sans relever toutefois de généralisations (le diaphragme seul était envahi). Aussi M. Raviart en fait-il une pseudo-linite, comme Verhaeghe en a déja cité un cas l'an dernier.

M. Combemale attire l'attention sur un point particulier de l'observation. Par suite du rétrécissement du cardia, l'alimentation par la bouche étant impossible, on donnait au malade des lavements alimentaires. Ceux-ci ne firent pas cesser les vomissements, qui, auparavant, étaient toujours consécutifs à l'ingestion alimentaire et qui semblèrent dès lors concomitants à l'entrée du lavement alimentaire. Il semblait que, par une action réflexe, la muqueuse stomacale sécrétât alors et que le vomissement en était la conséquence. Les lavements furent inefficaces ; l'absorption ne se faisait pas, le malade est mort d'inanition.

M. Charmeil ne croit pas que l'alimentation rectale puisse donner de bons résultats chez les cachectiques, car alors la muqueuse n'est plus propre à absorber étant elle-même cachectisée en quelque sorte.

Les lavements alimentaires réussissent dans les cas d'obstacle mécanique au cours des aliments, comme une compression, un cancer local de l'œsophage, par exemple, ne retentissant pas sur sur l'organisme.

Chez les grands cancéreux, au néoplasme généralisé, on obtient peu de résultats. C'est pourquoi, pour que, comme l'ont prouvé Lépine et ses élèves, la muqueuse rectale puisse absorber et permettre au malade de se nourrir, il faut que cette muqueuse soit saine.

M. Moty rappelle, à ce propos, qu'il a injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cancéreux, un litre d'huile en une quinzaine de jours, et qu'il a constaté, au bout de ce temps, une augmentation de poids de trois kilogs.

Lithiase biliaire et cancer de la vésicule

M. Raviart présente les pièces anatomiques d'une femme, morte de cancer du foie, dont la vésicule qui contenait un grand nombre de calculs, était en même temps le siège d'un cancer et fait remarquer qu'on ignore quel est le rôle joué par la lithiase biliaire dans les cancers de la vésicule, ne sachant à quelle affection donner la priorité. Cette femme présentait de l'ictère chronique et son foie présentait de la dégénérescence cancéreuse secondaire en masse.

M. Carlier fait remarquer que la calculose rénale, selon lui, prédispose au cancer de cet organe. Il a remarqué de même que la présence d'une pierre dans la vessie peut amener la formation d'une tumeur. Il croit en effet que la longue et continuelle irritation de l'organe par le calcul doit être capable de préparer la dégénérescence cancéreuse.

M. Folet répond à M. Carlier qu'un grand nombre de personnes ont des calculs biliaires, qu'à partir d'un certain âge c'est chose presque constante et que pourtant les cas de cancer de la vésicule sont rares. Il croit plutôt à une simple coïncidence et ne cherche pas à établir un rapport de cause à effet entre les deux affections.

La genèse des fonctions visuelles basée sur la guérison d'un aveugle de naissance de 19 ans, atteint de cataracte congénitale.

M. Carlier lit, au nom de M. Dransart (de Somain), un intéressant mémoire, où il étudie l'évolution de la fonction visuelle chez un malade opéré d'une cataracte double. Après de multiples expériences, il constata que l'aveugle de naissance, lorsqu'on lui rend la vue, n'a d'abord que la perception lumineuse ou quantitative, tandis que la perception des formes ou perception qualitative ne s'acquiert que peu à peu; qu'il ne peut voir que les objets placés dans un même plan.

M. Dransart conclut qu'il peut identifier la génèse des fonctions visuelles de son opéré avec celle des enfants et arrive à dire que ce n'est que par suite d'un travail d'assimilation considérable que nous arrivons à voir les objets tels que nous les apercevons.

Des accidents de la constipation chez les nouvelles accouchées, et de l'hyperthermie consécutive.

M. Oui entretient la Société de deux accouchées, ayant présenté des élévations de température consécutives à de la constipation.

La première observation a rapport à une jeune femme qui, en 1897, fit une perte à deux mois et demi, présenta consécutivement une métrite hémorrhagique, subit en novembre 1897 un curettage et l'amputation du col. Malgré la dernière intervention, la grossesse fut normale. Le travail de l'accouchement se fit le 17 mars en huit heures, l'enfant était bien constitué ; mais M. Oui avait déjà noté à ce moment une rétention d'urine ayant duré quinze jours.

Le 21, les mictions se firent naturellement, l'usage quotidien des lavements amenait tous les jours des selles peu abondantes; toutefois la malade mangeait bien. Mais le matin du septième jour après l'accouchement, la situation s'aggrave un peu, la température s'élève le matin à 37°2 et le pouls bat 92, de plus la malade se plaint de céphalalgie, l'abdomen est légèrement ballonné, sensible à la palpation, rien à redouter toutefois du côté des organes génitaux ; le soir, pouls à 120, température à 39°2.

M. Oui hésitait à poser un diagnostic précis. Il ne redoutait aucune infection puerpérale, n'ayant pratiqué aucune manœuvre sur la sphère génitale, ayant empêché les injections vaginales, si souvent coupables d'infections secondaires. Il inclinait vers le début d'une affection grippale à cause de l'épidémie sévissant sur la ville. Toutefois les selles qui, jusque-là, avaient été journalières, avaient complètement cessé. Aussi, M. Oui prescrivit-il 30 grammes d'huile de ricin. Dans la nuit la malade eut trois selles très

abondantes et très fétides. Aussitôt la température et le pouls redeviennent normaux, mais une nouvelle rétention d'urine nécessitant le cathétérisme matin et soir dura six jours encore ; puis la malade se rétablit peu à peu et tous les accidents disparurent.

La deuxième observation a trait à une primipare qui accoucha, le 22 avril, après vingt heures de travail. Le 25 avril, troisième jour après l'accouchement, M. Oui ordonne un lavement sans obtenir de véritables selles.

Le 26 et le 27, même tentative infructueuse.

Le 28, la malade se plaignait de douleur dans la fosse iliaque gauche, le long du trajet du côlon descendant, M. Oui fait prendre de l'huile de ricin qui provoque deux selles abondantes, et alors la douleur disparaît immédiatement.

Mais le 29 et le 30 avril, malgré de nouveaux lavements on ne parvient pas à provoquer d'évacuation intestinale, le ventre se ballonne, redevient douloureux. Un lavement pratiqué avec un litre d'huile d'olive pure ne donne aucun résultat.

N'ayant pu parvenir à obtenir de selles, le 4 mai M. Oui prescrit 20 grammes de teinture de jalap. Le soir la malade présentait de l'hyperthermie (38°5), diminuant un peu le lendemain matin (38°2). Le 6 mai la température est redevenue normale, mais aucune selle n'a été produite, on pratique de grands lavements d'eau froide. Le bloc fécal fut probablement dissocié, et une abondante évacuation s'en suivit.

Dans ces deux observations, on le voit, la fièvre n'est apparue qu'à cause de la constipation dans le premier cas, et a été provoquée par l'administration d'une purgation irritante dans le second. M. Oui fait remarquer que malgré la fréquence de telles observations, les traités classiques négligent d'en parler. Il est pourtant nécessaire de faire le diagnostic différentiel entre la stercorémie et l'infection puerpérale devant une élévation de température de 38°, surtout lorsque ce fait survient peu de jours après l'accouchement.

Mais dans les cas où il n'a été fait aucune manœuvre sur les organes génitaux, on peut diriger ses recherches vers un autre but et se préoccuper surtout de « l'état intestinal » de la malade.

M. Gaudier fait remarquer qu'après toutes les opérations gynécologiques, il n'est pas rare d'avoir des élévations de température assez élevées vers le quatrième jour. Cependant l'examen de la plaie opératoire ne démontre aucune évolution anormale, pas d'empâtement, pas de tuméfaction, pas de rougeur ; et un simple lavement suffit pour faire disparaître l'élévation thermique.

M. Colle et **M. Folet** appuient les paroles de M. Gaudier et M. Colle assure que cette élévation thermique se produit très régulièrement.

M. Moty croit qu'il ne faut pas tant attribuer l'élévation thermique à des causes si diverses de constipation, qu'à la paralysie de l'intestin. Il cite à l'appui de son assertion le cas si fréquent en Algérie de constipés par abus de figues de Barbarie, chez lesquels il faut pratiquer le curage pour débarrasser le rectum et obtenir par suite une brusque chute thermique.

M. Combemale, par contre, croit pouvoir rattacher les différents phénomènes à l'action des toxines. Certaines toxines étant hypothermiques, d'autres hyperthermiques, toutes sécrétées cependant par le coli-bacille, ou les microbes associés contenus dans l'intestin, il fait tout dériver des divers matériaux mis à la disposition de ces microorganismes et qui favorisent la production des toxines de l'une et l'autre espèce.

M. Ausset a eu l'occasion d'observer de nombreux cas d'affection gastro-intestinale chez les enfants. Il a remarqué toutefois, dans la diarrhée verte, des manifestations différentes, tantôt hypothermiques, tantôt hyperthermiques, et pourtant c'était la même affection, caractérisée par le même cortège de signes cliniques.

Du choix entre l'opération césarienne et l'accouchement forcé post-mortem

M. Colle rapporte comment il fut amené à pratiquer, tout à fait à l'improviste, une opération césarienne, chez une femme enceinte de neuf mois. Ayant été appelé auprès d'un malade atteint de gangrène diabétique de la jambe, il se retirait en expliquant à la femme de celui-ci, femme assez forte et déjà mère de huit enfants, la nécessité et l'urgence de l'ablation du membre atteint, lorsque celle-ci succomba subitement, présentant les symptômes d'une embolie pulmonaire.

Tout en essayant de ranimer la malade, pratiquant la respiration artificielle, mettant en usage tous les moyens usités en pareil cas, il apprend que la grossesse est très avancée, que la délivrance était attendue dans la semaine. La femme était morte, le cœur ne

battait plus, l'enfant remuait encore. M. Colle se précipite rapidement chez lui, se munit des quelques instruments nécessaires à l'opération césarienne. 15 à 16 minutes après la mort de la femme il était revenu auprès de sa cliente et là, rapidement, incisa la paroi, le muscle utérin, dilacéra les membranes et fut assez heureux pour extraire un enfant tout cyanosé, mais dont le cœur battait encore ; peu à peu l'enfant revint à lui et commença à respirer, bientôt il se mit à crier, l'enfant était sauvé.

Quelques commentaires très intéressants suivent : Le bruit courut dans le quartier qu'il avait tué la mère, etc.

Il envisage ensuite l'éventualité du réveil de la mère. Qui prouve en effet que la mort était réelle? Quelle preuve matérielle en donner ? Et M. Colle cite des cas où des médecins pratiquèrent l'opération césarienne chez des femmes qu'ils croyaient mortes,et qui reprirent connaissance durant l'opération. Il effleure ensuite la question des poursuites judiciaires si facilement obtenues contre les médecins...

M. Colle continue en faisant la comparaison entre l'opération césarienne et l'accouchement forcé post-mortem,opération permettant d'agir vite et de sauver ainsi l'enfant, la mère si elle n'est pas morte, et aussi l'accoucheur.

M. Oui appuie les conclusions de M. Colle et est d'avis de pratiquer de préférence l'accouchement forcé post-mortem. En tout cas, quand par hasard on pratique l'opération césarienne, il faut prendre les mêmes précautions que pour une opération sur le vivant, en s'attendant toujours au réveil de son opérée.

C'est là une opération d'hôpital, où l'on peut facilement et vite avoir tout préparé pour une intervention chirurgicale. Mais en clientèle, il est préférable de pratiquer la délivrance par les voies naturelles. Deux fois, M. Oui a eu à pratiquer cette intervention sans succès il est vrai, ayant eu à intervenir dans des conditions déplorables. En effet,pour que l'enfant survive à sa mère, il faut que celle-ci meure presque subitement et les chances de sauver l'enfant sont en raison inverse du temps de l'agonie de la mère. La première intervention, faite sur une éclamptique, donna un enfant mort. Dans le second cas, la femme morte en entrant dans le lit, il n'y avait aucun début de travail et pourtant en cinq minutes, il put dilater le col et pratiquer l'accouchement.

Une seconde considération importante est la répugnance du public pour l'intervention sanglante, tandis qu'il accepte très bien l'accouchement par les voies naturelles, même post-mortem.

Tarnier note une troisième considération très importante. Il y a quelquefois des intérêts tout à fait opposés en jeu, les uns désirant la vie de l'enfant, d'autres préférant qu'il n'existe pas. Pour intervenir par la laparotomie, il faut discuter, obtenir le consentement et perdre un temps précieux. Autrement, par les voies naturelles on peut faire l'accouchement sans que toutefois personne ne puisse rien reprocher à l'opérateur.

M. Oui fait ensuite remarquer que l'accouchement forcé n'est pas une intervention difficile, qu'avec un peu d'habitude on peut facilement mener à bien cette opération.

Ici, il distingue deux cas bien différents.

α) Si l'on a un début de travail, une application de forceps suffira amplement, et ce sera toujours facile, l'utérus ne se contractant pas.

β). Mais si l'on se trouve pris à l'improviste, sans forceps, alors il n'y a qu'un moyen : la version podalique.

M. Carlier demande si légalement on peut poursuivre le médecin pour n'avoir pas pratiqué la délivrance dans une telle situation.

M. Oui déclare que la question ne se pose pas au point de vue légal ; en se plaçant au point de vue religieux, la loi religieuse voulant que tout enfant soit baptisé, nombre de prêtres ont pratiqué l'opération césarienne dans des situations analogues.

M. Oui,répondant à M. Moty qui demande pourquoi parfois l'accouchement se fait seul dans de telles circonstances,déclare que lorsque l'enfant est expulsé, c'est dans une des dernières contractions de l'agonie, ou bien peut-être aussi, a-t-on dit, par suite de la formation de gaz dans l'abdomen qui compriment ainsi l'utérus et amènent l'expulsion d'un enfant mort. Mais il faut reconnaître que ces faits sont encore mal connus aujourd'hui.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La Société de Neurologie fondée, à Paris, le 8 juin 1899, tiendra sa première séance le 6 juillet. Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux ; se compose de

membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers, se réunit en séances publiques, le *premier jeudi de chaque mois* (excepté les mois d'août, septembre et octobre), *à la Faculté de médecine, salle des Thèses, n° 2, à neuf heures et demie du matin.*

Des communications et présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société et par des personnes étrangères à la Société annoncées pourvu qu'elles soient huit jours à l'avance au Bureau. La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure : sa longueur ne peut dépasser une page d'impression.

La *Revue neurologique*, organe officiel de la Société publie le 15 de chaque mois les bulletins des séances.

Le bureau se compose de : MM. Joffroy, président ; Raymond, vice-président ; Pierre Marie, secrétaire général ; Henry Meige, secrétaire des séances ; Souques, trésorier.

Les membres titulaires fondateurs sont : MM. Achard ; Babinski ; Ballet ; Brissaud ; Dejerine ; Dupré (E.) ; Gilles de la Tourette ; Gombault ; Klippel ; Parinaud ; Parmentier ; Paul Richer.

Le Congrès international réuni à Bruxelles, pour la **réglementation de l'entrée de l'alcool en Afrique** vient de terminer ses travaux. Il a décidé d'élever de 15 à 70 fr. par hectolitre les droits d'entrée.

Le Parlement allemand a adopté en troisième lecture, le projet de loi concernant l'**assurance des ouvriers contre les maladies et les infirmités**.

La sous-commission de la **conférence de la paix**, à la Haye, chargée d'adapter la convention de Genève à la guerre navale, a terminé ses travaux. On y relève l'article suivant :

« Les naufragés, blessés ou malades, qui sont débarqués dans un port neutre, avec le consentement de l'autorité locale, devront être gardés par celle-ci, de manière qu'ils ne puissent pas de nouveau prendre part à la guerre. Les frais d'hospitalisation et d'enterrement, en cas de décès, seront supportés par l'Etat dont relèvent les naufragés, blessés ou malades.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Jeudi 22 et vendredi 23 juin ont eu lieu à Lille les épreuves écrites du **concours pour l'école du service de santé militaire de Lyon**.

Etaient candidats, les élèves de notre faculté dont les noms suivent : MM. Descamps, Dupont, Huriez, Legras, L'Hôte, Natier, Pirsche, Reverchon, Vermiellen.

Le sujet de physiologie était : *De l'innervation du cœur et de l'influence du système nerveux sur son fonctionnement et sur la circulation périphérique.*

Le sujet de philosophie : *La société et son droit de punir ; quel en est le principe, quelles en sont les atténuations et les limites ?*

— M. le docteur Deléarde, agrégé à la faculté de médecine, vient d'être nommé **membre du conseil d'hygiène du département du Nord**. Nous adressons à notre collaborateur toutes nos félicitations pour cette distinction.

— En séance du 8 décembre dernier, l'Assemblée de la Faculté de médecine entendait un rapport très étudié de M. le professeur agrégé Deroide, au nom d'une commission composée de feu le professeur Lotar et de M. le professeur Lambling, sur le projet de création d'un doctorat en pharmacie. Adopté avec quelques modifications ou additions tendant à bien préciser le caractère purement scientifique et nullement professionnel du nouveau grade, le règlement proposé fut soumis à l'épreuve d'une discussion et devant le Conseil de l'Université. M. le Ministre vient de renvoyer approuvé le projet, que nous avons le plaisir à mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Article premier. — Il est créé un doctorat en pharmacie de l'Université de Lille.

Art. 2. — Les candidats à ce titre devront justifier du diplôme de pharmacien de 1re classe ou, s'ils se présentent à titre d'étrangers, un certificat d'études de pharmacie galénique et de matière médicale.

Ils seront astreints à une année d'études au cours de laquelle ils prendront quatre inscriptions trimestrielles.

Cette année de scolarité ne pourra être accomplie qu'à la Faculté de Lille.

Art. 3. — Les candidats acquitteront les mêmes droits d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques que les étudiants en pharmacie. Seront seuls dispensés les chefs de travaux, les préparateurs et les aide préparateurs de la Faculté.

Art. 4. — Les candidats, en se faisant inscrire, auront à opter entre la physique, la chimie et l'histoire naturelle.

Art. 5. — Ils subiront, après cette année de scolarité, un examen comprenant :

1° Une épreuve écrite sur un sujet de chimie, de physique ou d'histoire naturelle tiré des programmes de la licence ès-sciences physiques et de la licence ès sciences naturelles :

2° Une épreuve pratique se rapportant respectivement aux applications de la pharmacie, de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle ;

3° Une épreuve orale, d'une durée minima de quinze minutes avec chacun des examinateurs.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires. Un zéro donné par l'un des juges entraîne l'ajournement.

Art. 6. — Les pharmaciens de 1re classe munis :

pour la chimie, des certificats { de chimie générale / » appliquée
pour la physique » { de physique générale / » minéralogie
pour l'histoire naturelle » { de botanique / de zoologie.

seront dispensés de cet examen ; mais ils accompliront néanmoins une quatrième année de scolarité à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. Ils pourront être dispensés, mais seulement à titre onéreux, de cette quatrième année d'études.

Art. 7. — Les candidats qui auront satisfait à l'examen ci-dessus ou qui présenteront les deux certificats équivalents énoncés à l'article 6 soutiendront une thèse imprimée contenant des recherches personnelles. La soutenance de cette thèse aura lieu devant un jury de quatre examinateurs.

Art. 8. — Les candidats acquitteront les mêmes droits d'examen et de thèse que les candidats au titre de Pharmacien supérieur.

Nos lecteurs se rappelleront que l'Université de Paris, et les Universités de provinces ont toutes pris des décisions analogues, avec des variantes toutefois dans les dispositions.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Ont été nommés, après concours, **prosecteurs** près la faculté de médecine : MM. Proust et Ombredanne.

Ont été nommés **agrégés des écoles supérieurs de pharmacie**, après concours, pour la section de *physique*, M. Cauro, pour Paris ; pour la section de *chimie* et *toxicologie* : MM. Moureu et Lebeau, pour Paris ; MM. Imbert et Fonzes-Diacon, pour Montpellier.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Toulouse. — Sont chargés de cours jusqu'au 31 mars 1903 ; pour la clinique ophtalmologique : M. le docteur Vieusse ; pour la médecine légale : M. le docteur Guilhem.

HOPITAUX

Hôpital français de Jérusalem. — Est nommé médecin du gouvernement et de l'hôpital : M. le docteur Labonardière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société anatomique. — Sont élus membres adjoints : MM. Poulain, Pascal, Barbaran et Nattan-Larrier.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Officier de l'instruction publique. — M. le docteur De Grisac, d'Argenteuil.

Chevalier du mérite agricole. — M. le docteur Poirault, de Poitiers.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Foret, de Pau (Basses-Pyrénées) ; Eugène Bonnet, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Humbert, d'Etain (Meurthe-et-Moselle ; Lelièvre, de Pipriac (Ille-et-Vilaine) ; Popu, de Neufchâteau (Vosges) ; Jauzion, de Damiate ; Crestin, de Lyon (Rhône).

Almyre Daniel, étudiant en médecine à l'école de Caen ; Brivot, externe des hôpitaux de Lyon ; Jacquemin, étudiant à la faculté de Nancy.

Trannoy, d'Arras, doyen des médecins du Nord, mort à 85 ans ; Dupas, de Wallers (Nord). Nous adressons à la famille de ces deux confrères, l'expression de nos bien vives condoléances.

OUVRAGES, BROCHURES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Istruzioni populari par la prevenzione della tisi polmonare delle aitre malattie tubercolari, par la Società piemontese di igiene. Torino, fratelli Pozzo, 1899.

— **Anévrysmes de l'aorte**, par M. Huchard, de l'académie de médecine, O. Doin, 1899.

— **Prophylaxie des épidémies de rougeole dans les écoles,** par le docteur Schrevens, président de la commission médicale provinciale de Tournai, 1899.

— **Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal** (le syndrome paréto spasmodique et le cordon latéral) par le professeur Grasset, Montpellier, Bœhm, 1899.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

24e semaine, du 11 au 17 Juin 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	4	2
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	»	5
5 à 10 ans	»	4
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	5	7
40 à 60 ans	10	6
60 à 80 ans	8	11
80 ans et au-dessus	3	»
Total	41	40

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	5	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	6	18
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	1	»	»	4	»	»	»	»	»	3	12	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	3	»	»	3	»	»	»	»	»	5	15	19
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	9	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	7	12	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	5	11
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	2	6	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	5	1
Total	»	»	»	»	»	2	»	6	11	»	6	»	»	19	»	»	»	1	»	34	81	108

N° 129. Troisième Année, N° 27. Le Numéro : **10** centimes. 2 Juillet 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

OPERATION CÉSARIENNE POST-MORTEM

sur une femme morte subitement au terme de sa grossesse

Survie de l'enfant.

Par le Docteur P. Colle, ancien chef de clinique chirurgicale

Le dimanche de Pâques, notre excellent confrère le docteur DEFAUX me priait de voir, en son absence, un homme atteint de gangrène diabétique au pied, qu'il désirait me faire examiner dans l'éventualité d'une amputation possible. J'entrai dans la maison du malade vers quatre heures. Sa femme, entourée de ses huit enfants, causait avec ceux-ci dans la pièce unique du rez-de-chaussée. Très alerte, en dépit d'un notable embonpoint, je la vis se lever aussitôt mon arrivée et me prier de la suivre au premier étage où se trouvait son mari. L'escalier gravi, elle se plaignit un instant d'une douleur précordiale, d'un essouflement inusité, auxquels je ne prêtai guère attention, pas plus d'ailleurs que la femme elle-même bientôt occupée à me présenter son malade, non sans de très copieuses explications. La situation jugée, je proposai l'amputation et toujours précédé de mon guide, je descendis l'escalier. Au seuil de la porte je voulus préciser la gravité de mon pronostic et pour éviter de parler devant les enfants, je fis quelques pas dans la rue. Pendant plusieurs minutes je causai ainsi à la femme de mon malade.

Attentive, elle m'écoutait, répondant, sans gène apparente, sans émotion excessive, lorsque, soudain, d'un geste violent, je la vis porter la main à la poitrine. « Excusez-» moi, me dit-elle : je suis reprise comme là-haut ; il me » semble que j'étouffe. Laissez-moi rentrer pour m'asseoir. » Je crus à un malaise passager et je la suivis tandis qu'elle franchissait la porte. Mais, en moins de secondes qu'il n'en faut pour le raconter, une terrible crise de dypsnée étrangla la malade. Je vis cette femme, si valide encore quelques instants auparavant, s'affaisser sur une chaise, porter la main à son cou, déchirer son corsage, chercher l'air qui lui manquait, s'épuiser, la bouche ouverte, en de brutales inspirations. La cyanose, peu à peu, s'établit au milieu d'une véritable lutte.

Acteur improvisé de ce drame, rapidement, je fis sauter lacets et boutons ; puis je voulus coucher la malade ; mais, elle se débattit ; la cyanose augmenta. Alors seulement, je compris la situation.

Je réclamai de l'éther ; la mourante eut la présence d'esprit encore de s'arracher les quelques mots nécessaires pour désigner la place de son porte-monnaie dans sa poche. Puis, brusquement, elle perdit connaissance. En dépit de toutes les manœuvres, respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, flagellations, il n'y eut plus alors que quelques spasmes convulsifs. Une écume blanche jaillit des lèvres et des narines. J'entendis le rectum se vider. Un dernier hoquet survint. Moins de cinq minutes après le début des accidents, la patiente était morte ; morte évidemment, ce me semble, d'une embolie pulmonaire.

Pendant toutes ces péripéties, le vide s'était fait autour de moi. Jeunes filles et enfants avaient pris la fuite. Seul le fils aîné, âgé de 20 ans, malgré l'émotion qui paralysait son concours, était resté à mes côtés.

Tandis que nous nous épuisions en efforts inutiles, je pus faire la remarque que les deux jambes étaient gonflées, œdémateuses, que le ventre aussi, présentait un volume anormal, malgré l'embonpoint général du sujet. Alors, j'interrogeai mon aide, espérant découvrir dans un état pathologique antérieur l'explication de cette mort foudroyante : « Ma mère n'était pas malade, me répondit-il ; mais elle attendait un enfant dans le courant de la semaine. » Aussitôt je plaçai la main sur l'abdomen ; à l'instant même je perçus un choc très net ; un enfant vivant était là.

Sous le coup de cette révélation inattendue, parfaitement

conscient des résolutions nécessaires, mais pris au dépourvu, sans instruments, sans aides, dans l'obligation de subir sans partage les responsabilités de la situation, je fus tout d'abord saisi d'un doute angoissant; cette femme était-elle bien morte? Quel signe me l'affirmait? Où chercher les éléments d'une certitude absolue? Jamais problème plus insoluble ne me parut réclamer solution plus rapide. Au reste, ma décision fut bientôt prise. En deux mots, j'indiquai au fils la nécessité absolue de délivrer l'enfant. Dominé par le ton impérieux de mon affirmation, il y consentit presqu'aussitôt.

En hâte, je lui enjoignis alors de continuer la respiration artificielle, de faire préparer des linges chauds, d'envoyer chercher une sage-femme. Une voiture m'attendait à la porte. En moins de cinq minutes elle pouvait me conduire chez moi. J'y sautai. En route, je mis à profit ces quelques instants d'inaction et.....je m'accablai de reproches. Pourquoi n'avoir pas opéré sur le champ? Un simple couteau ne pouvait-il suffire à l'opération césarienne? Et je ne me trouvais d'excuses que dans la surprise brutale des événements, dans l'impossibilité troublante de saisir l'instant précis de la mort. J'eus alors, seulement, la pensée que, sans doute, j'aurais pu pratiquer l'accouchement forcé; il me parut bientôt que je m'étais trouvé en présence de toutes ses indications réunies. Mais, chirurgien, j'avais, dès l'abord, pensé en chirurgien. Et puis, mes souvenirs sur la question me trahissaient un peu. Le temps de la réflexion me manquait pour les rassembler. Je me sentais sans expérience suffisante en la matière. Je me résolus à suivre ma première inspiration.

Chez moi je fus rapidement armé du matériel désirable: un bistouri, des ciseaux, quelques pinces, une aiguille, une pince à langue, un peu d'ouate hydrophile. Ainsi pourvu je fus bientôt de retour auprès de ma prochaine opérée. Je la trouvai, gisant sur une table, inanimée, la face turgescente, d'un bleu livide, présentant toutes les apparences de la mort. J'auscultai; le cœur ne battait plus.

Malheureusement je n'avais pas songé à consulter ma montre. Mais un quart d'heure environ, seize à dix-huit minutes au plus, avaient pu s'écouler depuis les derniers mouvements respiratoires. Je ne devais plus hésiter. D'un grand coup de bistouri j'ouvris le ventre, sur la ligne médiane, depuis un travers de main au-dessus de l'ombilic, jusqu'au pubis. Aucune hémorrhagie. Une seconde incision, plus prudente, pénétra dans le muscle utérin. M'aidant des doigts j'agrandis la brèche. Les membranes furent rompues; je plongeai la main dans la cavité utérine et j'en ramenai un enfant dont la position approximative peut être déterminée par ces deux constatations que le dos était à gauche et la tête en bas, vers l'excavation. Cet enfant, un garçon, du poids et du volume d'un fœtus à terme, se présentait inerte, cyanosé, en état de mort apparente.

Je sectionnai le cordon; puis, abandonnant la mère au sujet de laquelle aucun doute ne pouvait plus subsister, je cherchai à ranimer le nouveau-né. Je le flagellai, je l'enveloppai de flanelles chaudes, je lui nettoyai l'arrière-gorge; enfin, suivant les règles, je pratiquai la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue. Pendant cinq longues minutes, aucun signe ne vint me donner espoir. Je songeai alors à ausculter l'enfant. Son cœur, d'un mouvement régulier, battait très nettement. Je repris courage. La respiration artificielle, les insufflations directes de bouche à bouche, les tractions rythmées furent reprises. Enfin, après six à sept minutes, tout à coup, un grand soubresaut convulsif secoua le nouveau-né. Quelques minutes encore, un nouveau spasme respiratoire survint. Peu à peu, les inspirations se rapprochèrent. Bientôt le rythme respiratoire s'établit; un cri jaillit. L'enfant revenait à la vie. Quelques instants plus tard je pouvais l'abandonner aux mains de la sage-femme, qui très intelligemment m'avait prêté son concours.

Alors seulement je retournai près de la mère; je ne trouvai qu'un peu de sang noir répandu dans le ventre. La paroi utérine très peu rétractée était flasque, sans résistance. Je fis l'extraction du placenta. Un surget rapide ferma l'abdomen.

Quand les parents de la pauvre femme commencèrent sa dernière toilette, une grosse heure, à peine, s'était écoulée depuis mon entrée dans la maison.

Telle est l'observation très fidèle du véritable drame où j'ai dû jouer, au pied levé, le premier rôle.

Les détails m'en ont paru d'un intérêt suffisant pour que j'aie voulu les rapporter. Non pas, certes, que j'ai la prétention de proposer ma conduite en exemple. Au plus pourrais-je me réjouir d'avoir réussi sans complications. Mais je crois aujourd'hui que j'aurais pu mieux faire. Je ne dois pas oublier l'impression d'anxiété qui fut mienne quand la nécessité m'apparut d'imposer ma volonté et d'intervenir en hâte, au mépris de toutes les objections intéressées qui se présentaient à mon esprit.

Je ne puis non plus passer sous silence l'accueil qui me fut fait, le soir même, quand je retournai voir le nouveau-né. Une femme, la sœur de mon opérée, me dit-on, était dans la maison et ne me cacha pas ses impressions hostiles. Je dus la dominer pour ne pas me laisser accabler de reproches.

Je ne puis davantage omettre les rumeurs de la rue et les bruits qui m'en vinrent m'accusant, ou peu s'en faut, d'avoir tué la mère.

C'est ainsi qu'il en sera toujours, chaque fois qu'une césarienne sera faite dans les conditions où j'ai dû l'entreprendre. « L'horreur de l'opération » comme disent les vieux auteurs, cette mutilation hâtive d'un cadavre encore chaud blessent l'imagination et révoltent nécessairement les consciences ignorantes ou craintives. Passe encore si l'événement est prévu, attendu; si une longue maladie a préparé l'entourage. Mais que penser de l'état des esprits subitement affolés devant une mort soudaine, violentés, forcés d'accepter une intervention qui répugne à leur sentimentalité et dont la seule hypothèse leur paraît terrifiante. Que dire encore de la possibilité d'une erreur? Et quelle situation pour le médecin si l'opérée se réveillait sous le couteau. Semblable méprise ne paraît guère probable. On en cite pourtant et j'en ai trouvé de singuliers exemples dans le travail de Thévenot (*Annales de gynécologie*, 1878) et la thèse de Claveri (1895). J'en voudrais citer quelques-uns au hasard.

Voici d'abord Philippe Peu (*Pratique des accouchements*, 1694) qui nous raconte lui-même sa pénible aventure:

Peu (1). — Je n'ai jamais voulu l'entreprendre (l'opération

(1) Peu. *La pratique des accouchements*. MDCXCIV, p. 333.

césarienne) sur un corps vivant. Je vous dirai ingénûment qu'au commencement que je pratiquais, il m'arriva d'être mandé à la porte St-Martin, pour la faire chez une jeune femme, grosse à terme, d'un puissant enfant. Un nombre de voisines que j'y trouvai, m'en pressèrent fort, m'assurant qu'elle était expirée. Je le crus aussi comme elles. Car lui ayant fait mettre un miroir sur le visage, il n'y parut aucun souffle de vie, et déjà, je n'avais *nul mouvement sur la région du cœur*, y ayant porté la main pour m'en assurer. Mais soit que la distance qui se trouve d'ordinaire en l'agonie entre les soupirs ou les mouvements de diastole et de systole, aida à me tromper en ce moment terrible, soit que Dieu permit que je les crus ainsi trop aisément pour m'apprendre à ne donner pas une autre fois tête baissée dans la volonté de tels gens, sous un prétexte de charité mal concerté; il est certain que portant l'instrument pour faire mon incision, cette femme fit un tressaillement accompagné de grincements de dents et de remuement des lèvres, dont j'eus une si grande frayeur, que je pris, dès lors, la résolution de ne l'entreprendre jamais qu'à coup sûr.

Une autre observation, non moins caractéristique, est rapportée par Bodin (*Essai sur les accouchements*, an V.)

La femme Gaut..., du village de la Janverie, commune de Montant, département de Loir-et-Cher, étant dans les douleurs d'une grossesse à terme, tomba dans un tel état que le nommé Pénard, chirurgien à Cangey, la croyant morte, lui ouvrit le ventre et la matrice avec un rasoir, et sans trop de précaution, pour sauver la vie de l'enfant. L'effusion du sang, la douleur de l'opération rappelèrent cette malheureuse à la vie. Elle poussa un soupir et dit, *que vous me faites mal!* au moment où ce chirurgien s'efforçait d'enfoncer une aiguille dans un des bords de la plaie, pour contenir les entrailles dans l'abdomen par un point de suture. Surpris et autant effrayé de ces paroles que de l'opération qu'il venait de faire, et qu'il n'aurait jamais entrepris sur une femme vivante, il s'enfuit. Il fallut retourner chez lui, l'assurer que la femme Gaut... n'était pas morte et qu'elle le priait de venir la recoudre, pour l'y déterminer. Un frère qu'il avait à Limeray, et un peu moins ignorant que lui, dirigea la cure; elle guérit et vivait encore en septembre 1792.

Enfin, nous nous en voudrions de ne point signaler l'histoire extraordinaire rapportée par Baudelocque.

Baudelocque (1). — Un médecin très connu nous a communiqué un autre fait de la même espèce, qui ne date que de la fin de l'an VI. Un chirurgien du voisinage de la ville qu'il habite ouvrit aussi le ventre de la femme avec des ciseaux; l'enfant présenta aussitôt un des pieds à la plaie de la matrice, et fut expulsé par la voie naturelle, avant qu'on eût achevé d'ouvrir entièrement ce viscère. La femme était complètement guérie au bout de deux mois.

Ces faits ne sont-ils pas tout à fait démonstratifs et ne montrent-ils pas quelle énorme responsabilité doit assumer le médecin qui, mis en présence d'une femme enceinte, morte subitement, entreprend l'opération césarienne. La mort, après tout, dans les premiers instants peut être plus ou moins probable; elle n'est jamais certaine. Là, réside le danger véritable. « Si la femme est vivante, dit Devergie, qu'il y ait eu erreur dans la mort et que l'opération césarienne entraîne ensuite le décès de la mère, nul doute qu'il se trouvera des familles qui intenteront un procès en dommages et intérêts; nul doute qu'un magistrat soit en droit d'exercer des poursuites contre le médecin sous inculpation d'homicide involontaire. Mais attendez; ce n'est là qu'un premier écueil. Le médecin se trouve devant une famille dont les intérêts sont divers. L'avis du mari est favorable, celui de la mère, des sœurs ou des héritiers de la défunte ne l'est pas. Que devra faire le médecin. Ce n'est plus seulement l'erreur sur la vie qu'il lui faudra éviter; ce sont les poursuites civiles et les dommages et intérêts. » Au surplus ces pénibles ennuis ne seront pas toujours évités, même si l'on n'a vraiment opéré qu'un cadavre. J'ai failli, peut-être, les éprouver. D'autres en ont souffert. Témoin la suggestive aventure dont Rizzoli fut le héros :

J'étais (1) encore interne à l'hôpital du Ricovero lorsque, le matin du 22 février 1833, je fus appelé par mon ami le Dr Rivani, pour faire l'opération césarienne chez une femme de 40 ans, enceinte de neuf mois, qui venait de mourir subitement d'une orthopnée. Arrivés sur les lieux nous constatâmes qu'il n'y avait plus aucun signe de vie, et que l'utérus ne manifestait aucun symptôme de travail. Dans ce cas, la science conseille l'opération, et la loi l'exige dans le but de sauver la vie du fœtus s'il est encore vivant.

Je dois avouer que j'hésitai un peu avant de commencer l'opération, et qu'en la pratiquant j'éprouvai une angoisse et une horreur profondes, en songeant que la mort de cette femme pouvait n'être qu'apparente, ainsi qu'il est arrivé dans quelques cas heureusement fort rares.

Le fœtus était mort, et je restai convaincu qu'il en était de même de la mère; malgré cela, j'accomplis l'opération avec l'exactitude la plus scrupuleuse. J'appliquai un pansement régulier et je rentrais à Bologne, l'esprit encore troublé par la triste impression qui s'était emparée de moi.

En réfléchissant ensuite sur ce cas lugubre et sur la circonstance que la science ne possède pas les signes certains de la réalité d'une mort subite, il me parut qu'il n'était pas toujours prudent de pratiquer l'opération césarienne, et que, dans ce cas particulier, il aurait mieux valu, alors même que le travail d'accouchement n'eût pas commencé avant la mort de la mère, pénétrer peu à peu avec la main dans l'orifice externe du col de la matrice et le débrider au cas de besoin, pour accomplir promptement l'accouchement podalique ou pour appliquer le forceps sans même déchirer la poche des eaux, afin d'être plus sûr de ne pas blesser le fœtus. Cela me paraissait d'autant plus rationnel qu'on ne fait pas autrement lorsqu'une femme enceinte et non encore en travail d'accouchement est atteinte de métrorrhagie grave, que l'on ne peut arrêter que par l'accouchement artificiel immédiat.

J'étais encore préoccupé de ces pensées lorsque, le jour même, je fus prévenu que le Parquet avait ordonné l'autopsie de la femme en question et en avait chargé le Dr Barbieri, mon ami, et un autre médecin, mon ennemi déclaré.

Ce dernier, arrivé avec ses collègues près du lit où se trouvait le cadavre, se tourna vers le mari avec un air de compassion et lui dit : « Pauvre homme! votre femme n'était pas morte encore lorsqu'on lui a ouvert le ventre; c'est Rizzoli qui l'a finie en l'opérant. Il est donc inutile d'en

(1) Baudelocque. *L'art des accouchements*. 7e édition, t. II, p. 406.

(1) *De l'accouchement artificiel instantané par les voies naturelles, en remplacement de l'opération césarienne chez les femmes mourantes ou décédées dans un état de grossesse avancée.* Clinique chirurgicale, trad. Andreini, p. 575.

faire l'autopsie. Le mari resta, comme on peut le croire, terrifié; ce ne fut qu'après les explications fournies par le Dr RIVANI, qui avait été présent à l'opération, qu'il se calma. Le Dr BARBIERI, surmontant la résistance de ses collègues, voulut procéder à l'ouverture du cadavre, et l'on put constater que la femme était morte par suite de la rupture d'un anévrysme de l'aorte thoracique.

Après de semblables exemples n'est-il pas étonnant qu'il se soit encore trouvé des médecins pour faire l'opération césarienne post-mortem alors que l'abstention, en pareil cas, ne peut être inquiétée, tandis que l'intervention peut toujours l'être. N'y a-t-il pas là, vraiment, matière de réflexion? Et n'est-il pas très logique que THÉVENOT, après les italiens, dans un très vibrant plaidoyer, ait proposé de remplacer toujours l'hystérotomie par l'accouchement forcé. Celui-ci, d'ailleurs, si j'en juge par l'ensemble des renseignements que j'ai pu recueillir autour de moi, n'a guère pénétré, en France du moins, dans les traditions de la pratique médicale courante.

Mis en lumière par RIZZOLI, et l'école de Bologne, bien connu des accoucheurs de profession, l'accouchement forcé, post-mortem, m'a paru à peu près ignoré chez nous par l'ensemble des médecins. C'est là pourtant une intervention très heureuse qui permet d'agir vite et ménage en même temps l'enfant, la mère et, ce qui n'est sans doute pas à dédaigner, l'accoucheur. En faudrait-il davantage pour la faire adopter?

Qu'on en juge d'ailleurs par le fait suivant :

OBSERVATION communiquée à M. BRUHIER par M. RIGAUDEAUX, chirurgien aide-major des hôpitaux du roy et chirurgien juré, accoucheur à Douai (1).

Il fut appelé le 8 septembre 1745, pour accoucher la femme de François D..., du village de Lewarde, à une lieue de Douai. On était venu le chercher à cinq heures du matin, mais il n'avait pu y arriver qu'à huit heures et demie. On lui dit, en entrant, que la femme était morte depuis près de deux heures, et que malheureusement on n'avait pu trouver de chirurgien pour faire l'opération césarienne. Il s'informa des accidents qui avaient pu causer la mort si prompte, et on lui dit que la morte avait commencé à sentir des douleurs pour accoucher la veille vers les quatre heures du soir; que la nuit, elles avaient été si violentes, qu'elle en était tombée plus de dix fois en faiblesse et en convulsions; et que le matin étant sans force et sans autres secours que celui de la sage-femme, qui ne savait pas grand'chose, il était survenu, vers les six heures, une nouvelle convulsion avec écume à la bouche qui avait été suivie de mort.

M. RIGAUDEAUX demanda à voir la morte, elle était déjà ensevelie. Il fit ôter le suaire pour examiner le visage et le ventre. Il tâta le pouls au bras, sur le cœur et au-dessus des clavicules, sans percevoir aucun mouvement dans les artères. Il présenta le miroir à la bouche, et la glace ne fut point ternie. Il y avait beaucoup d'écume à la bouche, et le ventre avait prodigieusement gonflé.

Il ne sait par quel pressentiment il s'avisa de porter la main dans la matrice, dont il trouva l'orifice fort dilaté, et où il sentit les eaux formées.

Il déchira les membranes et sentit la tête de l'enfant qui était bien tournée. L'ayant repoussée, pour avoir la liberté d'introduire la main tout entière, il mit le doigt dans la bouche de l'enfant qui ne donnait plus signe de vie. Ayant remarqué que l'orifice de la matrice était suffisamment ouvert, il retourna l'enfant, le tira par les pieds avec assez de facilité, il le mit entre les mains des femmes qui étaient présentes. Quoiqu'il lui parût mort, il ne laissa pas de les exhorter à lui donner des soins, soit en réchauffant, soit en lui jetant du vin chaud sur le visage et même sur tout le corps. Elles s'y prêtèrent d'autant plus volontiers, que l'enfant leur parut beau. Mais fatiguées d'un travail de trois heures entièrement inutile en apparence, elles se mirent en devoir de l'ensevelir. Comme elles y procédaient, une d'elles s'écria qu'elle lui avait vu ouvrir la bouche. Il n'en fallut pas davantage pour ranimer leur zèle. Le vin, le vinaigre, l'eau de la reine de Hongrie furent employés, et l'enfant donna sensiblement des signes de vie: on fut, sur le champ, avertir M. RIGAUDEAUX, qui était allé dîner chez le curé du village. Il vint tout de suite et connut par lui-même la vérité du rapport. En moins d'un quart d'heure après son arrivée, l'enfant pleura avec autant de force que s'il était né heureusement.

M. RIGAUDEAUX voulut voir la mère une seconde fois: on l'avait ensevelie et même bouchée. Il fit enlever tout l'appareil funèbre, examina la femme avec toute son attention et la jugea morte comme après le premier examen.

Il fut cependant surpris que, quoiqu'elle fût morte depuis près de sept heures, ses bras et ses jambes fussent restés flexibles. Il avait de l'esprit volatil de sel ammoniac, il en fit usage, mais inutilement. En conséquence, il repartit pour Douai, après avoir recommandé aux femmes présentes de ne point ensevelir la morte, que les bras et les jambes n'eussent perdu leur flexibilité, de lui frapper de temps en temps dans les mains, de lui trotter le nez, les yeux et le visage avec du vinaigre et de l'eau de la reine de Hongrie, et de la laisser dans son lit. Il partit de Lewarde à une heure après-midi. A cinq heures du soir, le beau frère de la femme vint lui dire que la morte était ressuscitée à trois heures et demie. Nous laissons à penser au lecteur s'il fut étonné et si ce fut avec raison. L'enfant et la mère reprirent si bien des forces qu'il sont tous deux plein de vie (10 août 1748), et l'on dirait même que tous deux se portent fort bien, si la mère n'était pas restée paralytique, sourde et presque muette; au reste, c'est en être quitte à bon marché.

Ne serait-il pas difficile de rien ajouter à la saveur de cet étonnant récit?

Mais l'accouchement forcé est il vraiment toujours si facile qu'il puisse se faire en quelques minutes et permettre ainsi la survie de l'enfant? Ne diminue-t il pas sensiblement les chances de celui-ci? Il faut, à cette dernière question répondre : non, résolument. Les statistiques à cet égard sont très démonstratives. Certes l'opération césarienne est plus rapide. Mais, qui la pratiquera, en cas de doute, sans perdre le peu d'instants nécessaires à l'accouchement forcé. Pour ma part, n'ai je pas sacrifié un gros quart d'heure avant d'oser rien entreprendre. Et quels reproches ne me serais je pas fait si l'enfant n'avait pas survécu? Qui m'eut empêché cependant d'agir sur le champ, si j'avais songé d'emblée à l'extraction par les voies naturelles? Celle-ci, on peut en croire les observations si concluantes de THÉVENOT, se montre toujours très simple. AUDEBERT, de Bordeaux, qui en a fait récemment le

(1) *Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux, etc.*, par M. LEVRET. Journal des savants. Janvier 1794, p. 34.

procès à propos d'un résultat malheureux, n'avait guère dépassé dix minutes pour extraire l'enfant. Celui-ci était mort. L'opération césarienne l'aurait-elle sauvé ?

Ce n'est pas d'ailleurs que je prétends condamner sans appel l'hystérotomie, dont mon observation, après tout, rapporte un heureux succès. En somme, la proposition de Thévenot : « L'opération césarienne post-mortem, qui déjà appartient à un autre âge, doit disparaître de nos mœurs, » me paraît excessive. Mais l'accouchement forcé, cependant, trouvera des indications très fréquentes après la mort de la mère. Je n'ai pas l'intention d'en préciser ici le manuel opératoire. Il consiste essentiellement dans la dilatation du col à l'aide des doigts, et dans l'introduction de la main suivie de l'extraction par version podalique. Parfois même le forceps pourra être appliqué. Peu importent ces détails. On les trouvera très clairement indiqués dans Thévenot et dans Claverie.

L'essentiel est de bien savoir que le col, chez la femme à l'agonie ou morte, même avant tout travail, se laisse très facilement pénétrer. C'est ainsi qu'en 1888, dans le service de M. le professeur Pinard, une sage-femme, Mlle Carrier, put extraire vivants, par les voies naturelles, les trois enfants dont une femme, morte subitement, était enceinte. Très rarement de petits débridements seront nécessaires. Le plus souvent quelques minutes, cinq en moyenne, suffiront à toute l'opération et les moins expérimentés pourront, m'a-t-on affirmé, la mener à bonne fin. Il y a là une particularité remarquable sur laquelle j'insiste volontiers. Elle doit déterminer à pratiquer l'accouchement forcé post-mortem chaque fois qu'une rapidité extrême de l'intervention ne paraît pas nécessaire et ne vient pas plaider en faveur de l'opération césarienne. Le cas échéant, je n'hésiterais pas à l'entreprendre et je ne doute pas qu'elle ne puisse me donner un aussi bon résultat que celui dont l'hystérotomie m'a fourni l'occasion.

Comment on doit administrer l'huile de foie de morue

par le docteur **Ruyssen**, de Montalieu-Vercieu (Isère)

Au début de cette année, M. le professeur Combemale publiait ici une leçon intitulée : *L'heure du médicament*. Notre désir est d'ajouter un bien léger et bien modeste complément à cette très intéressante publication par quelques considérations relatives à l'administration de l'huile de foie de morue.

A quelques-uns de nos confrères, il pourra paraître superflu et même enfantin de s'étendre sur un pareil sujet. « On sait bien comment cela se prend. Les mères de famille elles-mêmes le savent. Et d'ailleurs l'huile de foie de morue n'est pas une substance pharmaceutique qui réclame des précautions et des recommandations comme les autres. »

Voilà ce qui se dit couramment dans le monde médical, et c'est là, qu'à notre avis, siège une erreur énorme que nous avons à cœur de signaler.

Au début de notre exercice médical, nous avons été très frappé de rencontrer une foule de malades qui, malgré nos conseils, se refusaient énergiquement à faire usage de l'huile de foie de morue. Les uns prétendaient être totalement incapables de la supporter, les autres n'en avoir jamais retiré aucun profit. Frappé de ces refus, nous avons entrepris une petite enquête qui nous a conduit aux résultats suivants : Ces malades, sur le conseil de leur médecin, avaient tous indistinctement pris cette huile soit le matin à jeun, soit avant les repas, soit à des doses invariablement les mêmes durant de longs mois (verres à liqueur, cuillerées à soupe et même cuillerées à café). Les conséquences de ces différents modes d'administration se résument ainsi : perte d'appétit, nausées persistantes, diarrhée, coliques, dégoût, et, en définitive, bénéfice nul, sinon préjudice réel.

En regard de ces faits nous dirons quelle est notre méthode et les résultats que nous en avons obtenus.

Les règles que nous avons adoptées pour l'administration de cette substance sont les suivantes :

1° L'huile de foie de morue ne sera prise ni à jeun, ni avant les repas, c'est-à-dire lorsque l'estomac est en état de repos et de vacuité.

2° Elle sera toujours prise après les repas et après les principaux repas du jour, soit à la fin même du repas, ou mieux une heure après.

3° Elle sera toujours prise à doses rapidement croissantes en commençant par des doses faibles pour arriver rapidement à des doses élevées.

Les résultats obtenus se résument en ces quelques observations :

1° *Tuberculeux*, première période ; toux fréquente ; crache du sang, appétit presque nul, amaigrissement rapide. Tous les signes stethoscopiques de l'infiltration tuberculeuse au sommet gauche. — Prend d'abord deux cuillerées d'huile de foie de morue, puis quatre, pour arriver rapidement à dix cuillerées par jour, sans aucun signe d'intolérance. Au bout d'un mois, augmentation de poids, 4 kilogs. Disparition de tous les symptômes subjectifs énumérés plus haut. État général excellent. État local très amélioré.

2° *Abcès de la fosse ischio-rectale* volumineux. Empâtement de presque toute la fosse. Mauvais état général. Incision de l'abcès et drainage. Pansements quotidiens. La suppuration ne tarit pas ; l'empâtement persiste aussi étendu. — Le malade prend de l'huile de foie de morue et va jusqu'à huit cuillerées par jour. — Au bout de trois semaines, l'état général est considérablement relevé ; suppuration réduite à une tête d'épingle ; empâtement réduit au volume d'une noix.

3° *Abcès du pied* chez un enfant nettement scrofuleux (10 ans). Suppuration de tout le tissu adipeux situé en arrière du tendon d'Achille. Pas de lésion osseuse, mais réparation lente des tissus. Odeur du pus d'abcès par mal de Pott. — Prend de l'huile de foie de morue et va jusqu'à six cuillerées par jour. — Le plaie se répare rapidement, plus trace de suppuration au bout de quinze jours. État général excellent.

4° *Double épididymite tuberculeuse* ayant déjà subi deux poussées fluxionnaires. Noyau unique, dur, gros comme une petite noisette à la queue des deux épididymes. Aucun antécédent uréthral. Sommet droit douteux. Amaigrissement. Symptômes neurasthéniques. Prend deux milligrammes d'arséniate de soude par jour et deux, puis quatre, puis six cuillerées d'huile de foie de morue par jour.

Au bout de six semaines, augmentation de poids = 4 kilogr. 500. État général excellent. État local : des deux côtés, la queue des épididymes manque de souplesse, mais les noyaux sont complètement résorbés.

On concluera, nous l'espèrons, de la lecture de ces rapides observations, à l'excellence de la méthode.

En quoi consiste donc sa supériorité sur la méthode malheureusement trop courante encore de l'huile de foie de morue à jeun ?

La réponse est simple, et, il nous semble, pleine de logique.

Le temps n'est plus où l'huile de foie de morue était considérée comme un vrai médicament qui devait ses propriétés aux substances chimiques et principalement à l'iode qu'elle était censée renfermer en assez forte proportion. Aujourd'hui, chacun sait que l'iode ne se trouve dans cette substance qu'en infinitésimale quantité et que l'élément oléagineux, à lui seul, suffit à lui donner ses vertus merveilleuses. « *L'huile de foie de morue médicament* » n'est plus ; on ne connait plus, et c'est justice, que « *l'huile de foie de morue aliment* ».

Dès lors, si cette huile est un aliment et n'est que cela, n'est-il pas illogique de l'absorber en dehors de toute alimentation et n'est-il pas, au contraire, rationnel de la mêler aux autres aliments d'usage courant ?

Introduite dans un estomac vide, elle ne peut, en raison de sa nature huileuse, qu'effectuer sur la muqueuse stomacale une sorte de badigeonnage qui obstrue l'orifice des glandes digestives, entrave la sécrétion de celles-ci, et partout, anéantit la sensation de faim. Perte d'appétit, dégoût de toute alimentation, voilà ce dont se plaignent tous les malades victimes de ce mode d'administration de l'huile de foie de morue. Et ces malades sont justement des tuberculeux le plus souvent, c'est-à-dire des individus dont la suralimentation est la plus réelle garantie de guérison !

Introduite dans l'estomac avec les aliments, cette huile diminue à un moindre degré la sensation de faim, car le brassage stomacal se charge d'obvier aux inconvénients de sa nature oléagineuse.

Pour ceux-là donc que leurs occupations appellent hors de chez eux aussitôt après le repas, l'absorption de l'huile à la fin du repas est le mode d'administration idéal. Jamais nous n'avons vu de nausées pénibles, de vomissements ou de coliques se produire dans ces conditions, et nous nous vanterons même d'avoir ainsi réconcilié bien des malades avec une substance qu'ils avaient prise en profonde horreur.

Aux personnes que leurs travaux retiennent dans leur intérieur, nous conseillons de prendre l'huile une heure après les repas. A cette période de la digestion, les sucs stomacaux sont déjà sécrétés en abondance et les aliments fortement attaqués par eux.

Si l'huile, introduite dans l'estomac, conserve toujours quelques chances de diminuer la production de ceux-là et la digestibilité de ceux-ci, au moins ces chances sont-elles, à ce moment, notablement diminuées. En outre, la réplétion stomacale et le broyage des aliments sont encore suffisants pour empêcher l'huile de *peser sur l'estomac*. Plus tard, il serait trop tard ; la déplétion de l'organisme serait trop avancée.

Enfin, introduite ainsi une heure après le repas, l'huile n'encourt plus autant le reproche qui lui a été fait de gêner, dans le duodénum, la digestion pancréatique ! Elle ne parvient dans cet organe que lorsque cette dernière est suffisamment avancée.

Voici donc établis les deux premiers points de notre thèse : *l'huile de foie de morue ne sera pas prise à jeun : elle sera prise après les repas*. Reste à établir le troi-

sième et non le moins importants : *elle sera prise à doses rapidement croissantes.*

Si l'on admet avec nous que l'huile de foie de morue n'est qu'un aliment, il nous paraît assez peu sensé de la donner à doses faibles, comme certains médicaments d'un maniement assez délicat, ou à doses constamment les mêmes, comme certaines substances pharmaceutiques dont on redoute l'accumulation dans l'organisme. C'est en assimiler la posologie à celle de la strychnine ou de la digitale, toutes proportions gardées bien entendu.

Et qu'on ne vienne pas nous taxer d'exagération. Nous connaissons des médecins — rares, il est vrai — qui prescrivent l'huile de foie de morue par cuillerées à café à des adultes. A d'autres — infiniment plus nombreux ceux-là, qui la prescrivent à une dose invariablement la même pendant tout un hiver : un verre à liqueur, une ou deux cuillerées à soupe par jour.

Certes, il est de ces cas d'intolérance vis-à-vis de cette substance qui ne permettent pas d'atteindre des doses élevées. Quelques-uns mêmes qui contre-indiquent totalement l'usage de ce produit. En dehors de ces cas, somme toute assez rares, l'huile de foie de morue, étant un merveilleux agent de suralimentation, doit être donnée à doses élevées et rapidement élevées. Mais comme l'absorption de cette huile en grande quantité demande une certaine accoutumance, nécessitée ne serait-ce que par sa saveur peu séduisante, il est bon de commencer par une dose faible ou moyenne qui sera rapidement dépassée.

Pour cela, point de règle absolue ; point de code spécial à ériger. A ceux qui n'ont jamais pris d'huile, nous conseillons la dose initiale de deux cuillerées à soupe par jour (une après les deux principaux repas). Les habitués débutent facilement par quatre et six cuillerées. Quoi qu'il en soit, nous nous efforçons de convaincre le malade de la nécessité d'accroître rapidement les doses.

Le désir qu'il éprouve de s'améliorer et le bien-être qu'il ne tarde pas à retirer du traitement, font qu'il est généralement superflu de lui tracer une ligne de conduite. Il faut arriver *vite* au but, et il est rare que le malade ne vous aide pas de toutes ses forces pour y parvenir. D'ailleurs une méthode rigoureuse ne trouverait pas sa place ici : il y a loin de l'huile de foie de morue à la liqueur de Fowler !

Nous nous bornons à conseiller l'augmentation par chiffre pair 2, 4, 6, 8, etc... Nous conseillons toujours la cuillerée à soupe comme mesure ; l'absorption de l'huile deux fois par jour ; 2 cuillerées consécutivement après chacun des deux principaux repas, puis 3 consécutivement, puis 4, etc... Arrivé à ces doses, il est plus simple de verser les 3 à 4 cuillerées dans un verre qui les contient toutes et en permet l'absorption d'un seul trait.

Bien entendu les doses élevées ne peuvent être atteintes indifféremment par tous les malades. N'atteindrait-on que le chiffre de 6, la partie ne serait pas perdue. A cette dose, les résultats sont déjà excellents. Mais, en principe, tout malade non dyspeptique, avec quelque effort, peut atteindre la dose de 10 cuillerées. Quelques-uns arrivés-là, lèchent encore la cuillère.

Enfin ces doses élevées ne peuvent être indéfiniment maintenues. Nous les employons surtout chez des individus dont l'état général a besoin d'un vigoureux coup de fouet. Une fois ce dernier complètement relevé et l'état local guéri ou même simplement très amélioré, nous laissons le malade, qui ne sent plus le besoin d'une pareille saturation, revenir à des doses moyennes, pour cesser bientôt le traitement.

Dans les cas chroniques, tuberculose ou évolution lente, scrofule, notre méthode diffère un peu. Nous comprenons mieux dans ces cas les doses toujours les mêmes durant plusieurs mois de l'année. L'huile de foie de morue devient ainsi pour ces malades un aliment normal. Mais nous craignons que l'organisme, à la longue, ne se laisse plus impressionner par des doses invariables. Il y a accoutumance vis-à-vis des aliments comme vis-à-vis des toxiques. Aussi conseillons-nous, dans ces cas, la méthode suivante :

Traitement à suivre pendant les six mois de l'hiver.
Doses quotidiennes suivant les époques :

Octobre	2	cuillerées.
Novembre	4	—
Décembre (du 1er au 20).	6	—
Du 20 décembre au 10 janvier. . .	8	—
Janvier (du 10 31).	6	—
Février	4	—
Mars.	2	—

Ces cuillerées seront, suivant le cas et l'âge du sujet, des cuillerées à café, à dessert ou à soupe. Ce mode d'administration, qui se rapproche sensiblement de celui que nous avons précédemment exposé, nous semble, pour les mêmes raisons, le plus logique de tous.

Notre conclusion ne différera pas de nos prémisses.

L'huile de foie de morue est un produit destiné à produire les meilleurs effets dans tous les cas où la suralimentation doit figurer au premier rang des agents thérapeutiques. Mais si l'on veut retirer de son usage tout le profit qu'on est en droit d'en attendre, il importe d'adopter pour son administration une méthode d'un réel caractère scientifique. Nous ne prétendons en aucune façon avoir découvert cette méthode, mais nous n'hésitons pas à considérer celle que nous venons d'exposer, comme étant la plus logique et la plus féconde en succès.

FAITS CLINIQUES

Erythème polymorphe au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu

par M. **Duvivier**, externe des hôpitaux.

D... René, âgé de 25 ans environ, exerçant la profession de tailleur d'habits, marié et père de plusieurs enfants, entre à l'hôpital de la Charité, le 27 avril 1899, se plaignant de douleurs articulaires, dont le début remontait à trois semaines.

Il n'y a aucun antécédent héréditaire à signaler et ses enfants se portent parfaitement bien.

Lui-même n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 20 ans ; à cette époque il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui le tint au lit pendant quatre à cinq semaines Deux années plus tard, il eut une attaque semblable qui dura le même temps, mais depuis lors il n'a plus rien ressenti.

Depuis trois semaines le malade se plaignait de douleurs aiguës dans les articulations, mais cela ne l'empêchait nullement de vaquer à ses occupations habituelles. D'ailleurs l'appétit restait bon et l'intestin fonctionnait régulièrement. Cependant le 26 avril, les douleurs s'accentuèrent tellement qu'elles décidèrent le malade à demander son admission à l'hôpital de la Charité, où nous l'examinons.

D... a le teint pâle, les muqueuses sont décolorées, tout le corps est couvert de sueur ; cependant la fièvre est peu accentuée et le pouls est normal. Hier, les articulations des genoux étaient douloureuses, mais elles ne le sont plus aujourd'hui et la douleur est localisée au niveau du poignet gauche qui est chaud, légèrement rosé et tuméfié ; le moindre mouvement réveille des douleurs atroces ; les articulations métacarpo-phalangiennes sont également prises. Le genou gauche est encore légèrement tuméfié et il y a même un peu d'hydarthrose (choc rotulien).

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal ; à ce niveau la main perçoit un léger frémissement et à l'auscultation on entend un souffle présystolique et un léger dédoublement du second temps. (Lésion mitrale non douteuse).

Les urines sont rares et très colorées, mais ne contiennent pas d'albumine ; comme traitement on pratique le badigeonnage des articulations atteintes avec du salicylate de méthyle, accompagné d'un enveloppement ouaté. Le 30 avril, les articulations du poignet droit, des doigts de la main droite et du cou-de-pied gauche sont également prises.

La maladie suivait son cours et on pratiquait toujours les badigeonnages au salicylate de méthyle, quand le 5 mai, comme nous allions ausculter notre malade, nous fûmes tous étonnés de voir au niveau du thorax une éruption particulière, cette éruption avait envahi également toute la partie supérieure de l'abdomen, la partie externe des fosses iliaques et des cuisses s'était propagée jusque dans le dos qu'elle couvrait entièrement.

Cette éruption revêt deux formes particulières : ici ce sont des taches d'un rouge vif, de dimension variant d'une tête d'épingle à une pièce de cinquante centimes, légèrement papuleuses ; là ce sont des plaques circinées, dont le centre gris jaunâtre est entouré d'un cercle irrégulier d'un rouge vif, de 2 à 3 millimètres de large et légèrement papuleux. Ces dernières sont beaucoup plus grandes que les premières, et à certains endroits elles empiètent les unes sur les autres, revêtant des formes en cocarde ou polycycliques. Cette seconde forme est évidemment à un stade plus avancé.

Il faut noter que cette éruption était apparue absolument à l'insu du malade, sans fièvre, sans prurit aucun.

Nous aurions voulu faire la recherche dans le sang du microbe du rhumatisme articulaire décrit par Achalme et Thiroloix, mais notre malade, pusillanime, s'oppose à ce qu'on lui prît un peu de sang et sortit même de l'hôpital.

Cette observation est intéressante à un double point de vue :

D'abord, cet érythème polymorphe n'est pas rentre dans le type clinique habituel des érythèmes du rhumatisme ; en effet, c'est généralement au niveau des poignets, de la face dorsale de la main et des doigts, des coudes et des genoux que l'on remarque cette éruption. Ici elle a pour ainsi dire gagné tout le corps, sauf les parties que nous venons de citer. Peut être faut-il voir là une action protectrice du salicylate de méthyle qui était justement appliqué quotidiennement au niveau de ces articulations ; cette localisation élimine du même coup l'hypothèse d'une éruption médicamenteuse due au salicylate de méthyle.

En second lieu, cette éruption est apparue au cours d'un rhumatisme articulaire aigu non douteux : elle n'était donc point primitive mais secondaire ; elle n'était pas elle même la maladie, elle n'était qu'un épiphénomène surajouté au rhumatisme et sans doute de même nature que lui. Ce fait semblerait donner

raison aux anciens auteurs qui affirmaient que l'érythème polymorphe était toujours d'essence rhumatismale. Et à ce point de vue, nous regrettons de n'avoir pu rechercher le microbe de THIROLOIX dans le sang de notre malade.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — MM. LANNELONGUE et GALLIARD. — Les urines de l'enfant atteint d'appendicite aiguë sont beaucoup plus toxiques que les urines normales.

Académie de Médecine. — La transplantation musculo-tendineuse, dans la cure des pieds-bots, n'est justifiée que dans les paralysies à la fois incurables et incomplètes.

Société de Chirurgie. — MM BAZY, BERGER, TUFFIER, etc. La confusion dans la discussion sur le traitement des hémorrhoïdes tient à ce que l'on n'a pas suffisamment distingué les hémorrhoïdes des prolapsus hémorrhoïdaires. — Le bistouri et le thermocautère ont chacun leurs partisans et leurs indications.

Société médicale des Hôpitaux. — MM. GUINON et WIDAL. — Les tares névropathiques jouent un grand rôle dans les accidents nerveux des urémiques.

Société de Biologie. — M. CHARRIN étudie l'influence de la fièvre typhoïde maternelle sur l'évolution de l'enfant.

VARIÉTÉS

Princesse et doctoresse

Les princes qui ont conquis le titre de docteur en médecine ne sont pas absolument rares, et on pourrait, croyons-nous, en citer quelques-uns : le plus connu est assurément le duc Charles Théodore DE BAVIÈRE, qui a célébré récemment ses noces d'argent et avait fêté l'année dernière sa millième cataracte. Les princesses doctoresses sont beaucoup plus rares, et s'il en est quelques-unes, dit-on, qui étudient l'anatomie et la médecine un peu en amateurs, il en est assurément bien peu qui seraient capables d'écrire un mémoire comme celui que vient de publier la *Revue medicale de la Suisse Romande* et qui est signé par la princesse GUÉDROYTZ DE BÉLOSÉROFF. Ce travail, fait à la clinique chirurgicale de Lausanne, du professeur ROUX, est des plus remarquables ; toutefois nous n'avons pu nous empêcher de trouver le choix du sujet singulier, étant donné que l'auteur, quoique princesse et quoique doctoresse, est une femme : ce mémoire en effet est intitulé : *Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité en cas de castration pour tuberculose primaire.* Il s'agit, comme on le voit par le titre de l'étude, d'un procédé qui consiste à enlever, en même temps que le testicule, le conduit spermatique et la vésicule séminale, et ce mémoire, très documenté, est illustré d'un certain nombre de figures qui ont permis à l'auteur d'en donner une description très exacte.

Nous apprécions la valeur de ce travail, mais nous sommes un peu étonnés de voir l'auteur choisir un sujet qui très probablement ne lui sera que d'une médiocre utilité pour l'exercice futur de sa profession. Le siècle marche vite et il est probable que dans un certain nombre d'années on verra des femmes spécialistes pour les maladies des hommes comme nous voyons actuellement des hommes spécialistes pour les maladies des femmes. A cette époque, qui n'est peut-être pas éloignée, nul ne s'en étonnera. Pour le moment, nous n'en sommes pas encore là et le domaine de la médecine paraît assez vaste pour que les doctoresses dont nous admirons d'ailleurs beaucoup l'énergie et les aptitudes scientifiques en choisissent les parties plus conformes à leurs moyens naturels.

Nous ne sommes pas bien sûr d'ailleurs que les femmes, ou du moins certaines d'entre elles, aient raison de vouloir supprimer la différence qui les sépare des hommes ; et puisque ce mot de *différence* vient sous notre plume, rappelons à ce sujet, en terminant, bien que ce soit extra médical, l'amusante histoire racontée par GUY DE MAUPASSANT dans son livre *Sur l'eau ;* il s'agit d'une conversation de table d'hôte...

« Cependant les commis-voyageurs parlaient maintenant de l'émancipation des femmes, de leurs droits et de la place nouvelle qu'elles voulaient prendre dans la société. Les uns approuvaient, les autres se fâchaient : le petit-gros plaisantait sans repos et termina en même temps le déjeuner et la discussion par cette anecdote assez plaisante.

» Dernièrement, disait-il, un grand meeting avait eu lieu en Angleterre, où cette question avait été traitée. Comme un orateur venait de développer de nombreux arguments en faveur des femmes et terminait par cette phrase :

» En résumé, Messieurs, elle est bien petite la différence qui sépare l'homme de la femme.

» Une voix forte, enthousiaste, convaincue, s'éleva dans la foule et cria :

» — Hurrah pour la petite différence ! »

(Journal de médecine et de chirurgie pratiques).

La diminution du contingent

La classe 1898 fournira un contingent sensiblement inférieur à celui des classes précédentes, par suite de l'application de la nouvelle circulaire du ministre de la guerre, sur l'aptitude physique. Dans cette circulaire, M. de Freycinet avait recommandé aux médecins militaires de se montrer très sévères aux conseils de révision dans l'examen physique des recrues et d'exempter tous les hommes présentant à un degré quelconque les symptômes de la tuberculose.

Le résultat a été de diminuer le contingent d'une façon très sérieuse. C'est ainsi qu'à Paris le chiffre des recrues s'est abaissé de 10 p. 100. Il est vraisemblable qu'il en sera de même

en province. Comme le fait remarquer justement le *Petit Temps*, il n'y a pas lieu de s'alarmer outre mesure de cette diminution, car la plupart des jeunes gens incorporés malgré leur constitution insuffisante ne rendaient aucun service à l'armée et étaient, au contraire, une source de dépenses en pensions de réforme et en journées d'hôpital, qui cette année, dans la garnison de Paris surtout, ont atteint un chiffre considérable.

La dormeuse de Thénelles.

Marguerite Boyenval, la célèbre dormeuse de Thénelles, dans le département de l'Aisne, est entrée lundi dans la dix-septième année de son sommeil — le plus curieux exemple de léthargie observé scientifiquement.

C'est, en effet, le 29 mai 1883, qu'elle s'endormit tout à coup, à la suite d'une vive émotion. Depuis, elle dort sans s'être jamais réveillée, même un quart d'heure. Actuellement, âgée de 35 ans, elle est d'une maigreur squelettique, d'une pâleur effrayante; pourtant, le pouls bat au-dessus de 80. Couchée, les mains jointes, son bras demeure en l'air si on l'élève et qu'on le lâche. Elle est absolument insensible sur toute la surface du corps; on la nourrit à peine avec quelques lavements nutritifs.

En ces temps de records, c'est certainement Marguerite Boyenval qui détient celui du sommeil — sans s'en douter, par exemple !

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A qui le médecin peut-il réclamer le paiement de ses honoraires ?

L'*Écho médical du Nord* du 9 avril dernier, a rapporté un jugement, en date du 1er décembre 1898, par lequel le tribunal civil de Lille a tranché cette question pour l'hypothèse spéciale de soins donnés à une domestique. Le tribunal a décidé que le médecin avait le droit de se faire payer ses honoraires par le maître de cette domestique. C'est là — peut-être certains de nos lecteurs ne l'ont-ils pas assez remarqué, — une solution d'espèce, fondée principalement sur les circonstances particulières qui se rencontraient dans la cause, et il faudrait se garder de croire, en généralisant cette décision, que, conformément au sommaire reproduit par l'*Écho médical*, « l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade peut être considéré comme s'étant obligé personnellement, d'une façon exclusive, au paiement des honoraires qui seront ultérieurement réclamés par le médecin ». Ce sera vrai souvent, ce ne sera pas toujours vrai. La question nécessite, en effet, de multiples et délicates distinctions; elle est, d'autre part, d'un intérêt pratique considérable pour les médecins : double considération qui expliquera la pensée que nous avons eu de traiter cette question à un point de vue général, et justifiera la longueur un peu anormale de l'excursion que nous invitons nos lecteurs à faire avec nous sur un terrain exclusivement juridique.

Leur guide sera un jurisconsulte des plus autorisés. Nous regrettons que sa modestie ne nous permette pas de le leur présenter d'une façon plus personnelle. Mais du moins pouvons-nous nous porter garant que nul n'était mieux qualifié et mieux en situation que notre collaborateur pour proposer les solutions les plus juridiques, celles qui ont le plus de chances d'être consacrées par les tribunaux. J. JACQUEY.

En principe, les honoraires d'un médecin sont dus par la personne qui en profite, par le malade qui a reçu les soins méritant rémunération. C'est ce malade qui, toujours, reste le débiteur principal des honoraires dus. Mais parfois le tiers qui appelle un médecin peut aussi être tenu de leur paiement.

Ainsi, par exemple, le mari qui demande à un médecin de soigner sa femme est tenu de payer les honoraires. Il en est ainsi même sous le régime de la séparation de biens : ces honoraires sont une charge du ménage; et, d'ailleurs, le mari en serait tenu en vertu du devoir d'assistance que lui impose l'art. 212 C. civ. Sous les autres régimes, le mari en est tenu, en outre, comme chef de la communauté, obligé d'acquitter les dettes de sa femme, art. 1409, § 2 et 2, C. civ. Tribunal civil de la Seine, 16 décembre 1893 (*Revue des justices de paix*, 1895, III, 145).

De même le père, qui fait soigner son enfant malade, remplit l'obligation alimentaire qui lui incombe de droit naturel, et en vertu de l'art. 203 C. civ. Même si l'enfant, mineur de 18 ans, possède des biens personnels, le médecin ne peut agir que contre le père, parce que c'est le père qui a l'usufruit légal de ces biens, et que l'usufruit légal doit assurer à l'enfant, sans aucun recours, tous les soins qui lui sont nécessaires, même ceux de dernière maladie, comme le dit expressément l'article 385 du Code civil.

Le tiers qui fait appeler un médecin peut encore être débiteur personnel des honoraires, lorsqu'il s'y est formellement engagé. Il y a alors un cautionnement dans les termes de l'article 2011 Code civil, cautionnement qui est parfaitement valable.

En opposition à ces hypothèses, on peut en prévoir d'autres où le tiers appelle un médecin sans contracter vis-à-vis de lui la moindre obligation.

Ainsi, le domestique, qui va demander un médecin pour son maître malade, ne prend évidemment aucun engagement d'assurer le paiement des honoraires. Et cette dispense d'engagement ne tient pas à la situation précaire des gens de service, mais vient uniquement de leur situation de mandataires; aussi s'étendrait-elle à toute personne, à tout ami ou voisin qui rendrait le même service. Dans notre droit, le mandataire oblige le mandant envers les tiers, sans s'obliger lui-même, article 1997 du Code civil.

A priori il est parfois difficile de distinguer les cas dans lesquels le médecin pourra demander le paiement de ses honoraires au tiers qui l'a appelé. Il faut pour cela étudier les circonstances de fait, et voir si, en assurant des soins au malade, le tiers remplit une obligation personnelle. Voilà pourquoi la jurisprudence décide, d'une manière générale, que les honoraires peuvent être réclamés à l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel du médecin, quand il résulte des circonstances que ce tiers a quelque raison de s'intéresser à la guérison du malade, et qu'il a contracté l'obligation tacite de rémunérer le médecin. Cass., 4 décembre 1872 (*Sirey*, 72 et 430); Justices de paix de Paris, 20 septembre 1893; de Reims, 13 novembre 1895 (*Revue des Justices de paix*, 1875, III, 47 et 268).

Le maître, par exemple, n'est pas tenu, en principe, de faire des dépenses pour assurer à ses domestiques, à ses employés,

à ses préposés, les soins dont ils ont besoin. S'il appelle un médecin, lorsqu'il les voit malades, il accomplit un devoir d'humanité, il rend service à son préposé, et même au médecin puisqu'il procure à ce dernier l'occasion d'exercer ce haut ministère d'assistance envers les pauvres, qui est la plus noble prérogative de sa profession. Le maître ne sera-il donc jamais obligé de rémunérer le médecin ? On ne saurait le soutenir sans outrepasser la vérité.

Indépendamment des cas assez rares où le maître aura pris un engagement formel, il peut être obligé envers le médecin lorsque les soins médicaux sont compris dans son obligation patronale : tels les soins demandés pour un ouvrier blessé par la faute, l'imprudence du patron. Dans la vie industrielle, les exemples sont très fréquents. Ces soins sont un commencement de réparation de la faute ou de l'imprudence. Le médecin est là l'aide du maître, il lui facilite sa tâche, il lui rend un service personnel, en atténuant les souffrances de la victime, en hâtant sa guérison, et en diminuant ainsi le préjudice dont réparation est due à l'ouvrier.

C'est seulement au cas où il n'est tenu d'aucune obligation envers le blessé ou le malade, où il n'appelle le médecin que par charité, par commisération pour les douleurs du malheureux qui souffre près de lui, c'est en ce cas seulement que le patron doit être regardé comme ne prenant aucun engagement relativement aux honoraires du médecin.

***

En cas de contestations, c'est au médecin, qui prétend avoir un autre débiteur que le malade qu'il a soigné, à prouver l'engagement pris vis-à-vis de lui. Cet engagement, pris d'ordinaire au cours de la maladie, est par là même indéterminé, et semble dès lors, ne pouvoir être prouvé que par écrit, conformément à l'article 1341 Code civil. Car on est bien là en matière civile où l'admission des preuves est rigoureusement déterminée par la loi.

Ajoutons que si, dans la pratique, on se départ de la rigueur de ces principes, et si on admet que le médecin peut, vis-à-vis de son malade, prouver par témoins, par présomptions, même par des carnets personnels régulièrement tenus, les soins qu'il a donnés, les visites qu'il a faites, et justifier ainsi les honoraires qu'il réclame, il est extrêmement douteux que les motifs d'urgence, de nécessité, qui servent de base à cette jurisprudence, puissent s'appliquer à la caution. L'article 2015 Code civil dispose, en effet, expressément : « Le cautionnement ne se présume point ; il doit être exprès et on ne peut pas l'étendre au-delà des limites dans lesquelles il a été contracté ». Ces termes méritent une attention toute spéciale.

Alors même qu'on admettrait que la preuve du cautionnement peut se faire par tous les modes possibles, il faudra toujours administrer la preuve d'un engagement formel et précis. Ainsi posé, le principe est certain. Reste à en faire l'application aux espèces qu'on rencontrera dans la pratique. En voici une, par exemple, qui se présente fréquemment.

Un maître a un domestique malade. Au lieu de l'envoyer à l'hôpital, il le fait rester chez lui, appelle un médecin, assure la régulière exécution du traitement, paye les remèdes ainsi que les salaires de la garde qui les administre. Résulte-t-il de ces faits que le maître a pris l'engagement de payer les honoraires du médecin ? Assurément non. Tous ces actes de charité, de bienfaisance vis-à-vis du domestique malade, n'impliquent nullement un contrat avec le médecin. On s'en convaincra en relisant l'art. 2015 Code civil que nous venons de citer. D'ailleurs, le maître qui se montre ainsi bon et généreux vis-à-vis de son domestique est seul juge de l'étendue du sacrifice qu'il peut et veut faire. En assurant les soins, en payant la garde, il peut aller jusqu'aux dernières limites de la générosité que lui permet sa situation, et le paiement même des salaires de la garde n'implique en lui aucune façon l'obligation au paiement des honoraires du médecin. La garde aurait très légitimement refusé ses soins si son salaire n'avait pas été assuré ; elle n'est pas tenue, comme le médecin, à ce grand devoir d'assistance sociale. D'un autre côté, la nature des services diffère totalement : la garde donne toutes ses journées, tout son temps ; le médecin, quelques instants seulement, et il trouve dans les soins qu'il donne aux riches des honoraires qui lui permettent de prêter gratuitement aux indigents le concours de sa science et de son devoir.

En d'autres termes, on peut poser en principe qu'un maître n'est jamais tenu de payer les honoraires du médecin qui a soigné son domestique que dans les deux cas suivants : 1° Si la maladie ou la souffrance du domestique est le résultat de sa faute, de sa négligence ou de son imprudence ; cette cause d'obligation est fréquente quand un médecin est appelé à soigner les blessés de l'industrie ; 2° quand ce maître a pris, vis-à-vis du médecin, l'engagement de payer les honoraires qui lui seraient dus, en d'autres termes, lorsqu'il lui a dit : « Donnez vos soins, je me charge du paiement ». Il faut reconnaître que des engagements de ce genre sont très rares, et que, s'ils étaient déniés, la preuve en serait des plus difficiles à administrer. Elle ne pourrait s'induire d'actes de bienveillance vis-à-vis du malade, du moment où ces actes n'impliqueraient pas *nécessairement* semblables engagements.

Les médecins n'ont pas, d'ordinaire, de tarif absolu de leurs honoraires. Ils tiennent compte de la situation de fortune du client, demandant plus au millionnaire qu'à l'employé qui n'arrive qu'avec peine à subvenir à ses dépenses. C'est parfait, et on ne peut qu'applaudir cette manière de faire très conforme aux vrais principes de la justice sociale.

Mais, lorsqu'un tiers s'est réellement obligé à garantir le paiement des honoraires d'un médecin, ce dernier fera bien de présenter une note très modérée. De son client direct, il ne pourrait probablement obtenir aucun honoraire. Quant au tiers qui a donné sa garantie, il a toujours en vue la pratique dont nous parlions, et, dans sa pensée, il ne pourra être tenu que d'un honoraire à tarif réduit, si nous osons ainsi dire. C'est pour avoir méconnu ce principe d'équité, et avoir demandé des sommes qui ont paru exagérées, que des médecins, — qui auraient obtenu sans difficulté le paiement d'honoraires modérés, — se sont vu refuser toute rémunération de leurs soins.

Ajoutons, en terminant, que certains règlements d'associations médicales interdisent à leurs membres quoi que ce soit pour les soins donnés aux domestiques, les domestiques étant considérés *a priori* comme indigents.

L. DE VILLIERS.

NOUVELLES & INFORMATIONS

M. le professeur GRASSET, de Montpellier, chargé de présenter au **Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale**, en 1900, à Paris, un rapport sur la *Déontologie médicale*, serait heureux de recevoir de ses confrères, des Syndicats et des diverses Sociétés médicales de France et de l'Etranger, leurs avis, conseils et tous renseignements pouvant l'aider à rédiger le rapport, destiné à servir de thème aux délibérations du Congrès.

Pour être utilisés, ces documents devront parvenir à M. le professeur GRASSET (6, rue J.-J. Rousseau, Montpellier), avant le 1er septembre 1899.

HOPITAUX DE PARIS ET DE PROVINCE

Paris. — M. le docteur BRINDEAU est nommé accoucheur des hôpitaux.

Bordeaux. — M. le docteur GUILLOT est, après concours, nommé chef de clinique chirurgicale des enfants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — M. HUTINEL est élu membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Officier de l'instruction publique. — MM. le docteurs JABLONSKI et ROLAND, de Poitiers (Vienne).

Officier d'académie. — M. le docteur CIBIEL, de Lusignan.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CHARGELAIGNE, de Condé (Vienne) ; FRANÇON, de Thoissey (Ain) ; BARRAULT, médecin en chef de l'infirmerie centrale des prisons de Paris ; MORIN, d'Aix-en-Othe (Aube).

OUVRAGES, BROCHURES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

L'enseignement médical de l'antialcoolisme, par le docteur Ch. RUYSSEN, ouvrage couronné par la Société française de tempérance. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1899.

— **Etude médico-pédagogique sur une école de sourds-muets** (Institution départementale des sourds-muets du Nord), par le docteur JOUSSET. Paris, O. DOIN, 1899.

— **Le service d'électrothérapie de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille**, par le professeur DOUMER, *Annales d'électrobiologie, d'électrodiagnostic*, 1899.

— **Des spasmes laryngés de la diphtérie considérés dans leurs rapports avec le tubage,** par le docteur AUSSET. Paris, STEINHEIL, 1899.

— **Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose par les eaux sulfurées,** par le docteur RACINE. Luchon, Sarthe, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

25e SEMAINE, DU 18 AU 24 JUIN 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	2	3
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	2	5
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	3	10
40 à 60 ans	10	6
60 à 80 ans	11	5
80 ans et au-dessus	1	2
Total	40	39

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

Causes	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	1	3
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Bronchite et pneumonie	2	4	»	2	»	2	2	»	2	»	2	16
Maladies organiques du cœur	1	1	»	1	»	1	»	»	1	»	»	5
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	1	1	1	1	»	»	»	»	2	»	»	6
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	2	»	2	2	1	4	1	1	»	»	»	13
Méningite tuberculeuse	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	2	4	8	3	1	4	2	1	3	2	»	30
TOTAL des DÉCÈS	8	11	14	11	2	13	5	2	8	2	3	79
NAISSANCES par Quartier	7	15	19	36	11	11	8	6	14	2	6	135

N° 130. Troisième Année, N° 28. Le Numéro : **10** centimes. 9 Juillet 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT *5 fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Teignes et pelades.

Leçon faite à l'Institut Pasteur par le docteur **Sabouraud**, recueillie par M. **P. Verhaeghe**, externe des hôpitaux.

Messieurs,

Les anciens auteurs avaient coutume d'appeler teignes toutes les affections du cuir chevelu, quelle que fût leur origine. BAZIN, plus tard, précisa la définition, réservant le mot teigne pour les affections causées par les moisissures ; il croyait que la pelade rentrait aussi dans ce groupe. Bien que l'on ne puisse plus attribuer la pelade à des moisissures comme les teignes, on a conservé l'habitude de décrire cette affection en même temps que les teignes.

Les moisissures, provoquant les teignes, sont de l'ordre le plus inférieur : elles sont constituées essentiellement par un *mycelium* et se reproduisent par *spores externes*.

Toutes comprennent deux éléments principaux : 1° le filament mycélien, cloisonné de distance en distance et dont chaque segment représente l'unité mycélienne ; 2° des spores externes nées sur des organes de reproduction, spéciaux à l'espèce cryptogamique envisagée.

Il est à noter que jamais dans la vie parasitaire, les parasites des teignes n'émettent de spores externes. Donc, toute la vie parasitaire se compose du filament mycélien ; on aura peut-être dans certaines espèces des spores internes intra-mycéliennes, mais jamais on ne pourra déceler de spore externe durant la vie parasitaire.

Après ces quelques généralités sur les parasites des teignes, il me faut différencier les teignes en plusieurs groupes. Actuellement on en connaît trois groupes, qui eux-mêmes comprennent une quantité d'espèces.

a) D'abord on a le groupe des teignes à petites spores, décrites par GRUBY en 1842. Plus tard les auteurs confondirent cette maladie avec la pelade. Mais ultérieurement on ne put jamais parvenir à trouver aucun mycelium des teignes tondantes dans la pelade, et l'on crut longtemps à une erreur d'observation de GRUBY. Ce n'est que plus tard qu'on différencia complètement les deux affections. Enfin en ces dernières années on a pu séparer et décrire plusieurs teignes tondantes à petites spores, d'espèces différentes.

La teigne tondante à petites spores, dont le siège exclusif est le cuir chevelu, est caractérisée par de grandes plaques demi alopéciques sur lesquelles les

cheveux sont cassants, grisâtres, « il semble qu'on les ait saupoudrés de cendres », les cheveux malades sont encore assez longs pour être saisis avec les doigts, et ils se laissent arracher par pincées très facilement. Il faut noter encore, que dans la teigne tondante à petites spores les plaques sont grandes mais peu nombreuses.

β) Le deuxième groupe comprend les teignes tondantes trichophytiques, caractérisées par la présence de petites plaques pouvant facilement être recouvertes par le bout du doigt ; par contre les plaques sont très nombreuses. Il faut noter de plus, que le cuir chevelu est couvert de taches isolées de pytiriasis, et de produits de desquamation.

Dans ce groupe, il faut noter aussi une grande variété d'espèces très distinctes dont les plus éloignées du type commun pourraient servir d'intermédiaire entre le groupe des trichophyties et le groupe des teignes faveuses.

γ) Le troisième groupe comprend les teignes faveuses caractérisées par des cheveux gardant leur longueur, non cassants, décolorés à la base sur une distance variant de un à trois centimètres, selon l'importance de la lésion ; de plus, ils sont d'ordinaire implantés à leur base dans une espèce de carapace, appelée godet favique, qui sont les pseudos-croûtes du favus.

Tels sont les caractères subjectifs des différents groupes de teignes. Avant d'entrer dans une étude plus approfondie de chacune de ces classes, je veux vous en faire une étude microscopique, en projetant sous vos yeux différentes préparations.

CARACTÈRES DES PARASITES DES DIVERSES TEIGNES DANS LES CHEVEUX MALADES (1).

Teigne à petites spores. — Cheveux engaînés d'une écorce de sporules de 3 μ de diamètre environ, polygonales, disposées en mosaïque et sans aucun ordre appréciable et recouvrant le cheveu d'une manchette sans pénétrer sa profondeur.

Teigne trichophytique de l'enfant.—Chaînes de spores en chapelet, en chaînes, juxtaposées parallèlement suivant le grand axe du cheveu et remplissant tout le cheveu. Ces spores ont 4 μ de large sur 6 μ de long. Leur agmination en rubans de spores est la caractéristique trichophytique absolue (Endothrix).

(1) Durant la projection photographique des préparations, que malheureusement nous ne pouvons reproduire, M. SABOURAUD donnait les caractères des parasites des diverses teignes dans les cheveux malades. *(Note de la Rédaction).*

Teigne trichophytique animale.— La forme du parasite est la même chaîne de spores articulées en forme de ruban de tænia, mais existant à la fois dans le cheveu et hors de lui (Ectothrix) et lui formant comme un fourreau dans toute sa partie intra-folliculaire.

Favus. — Le cheveu favique présente le parasite sous deux formes : une forme non sporulée de filaments dirigés suivant l'axe du cheveux et se subdivisant dichotomiquement. Une forme sporulée, comprenant des filaments grêles et gros dans le même cheveu, sporulés par places et se divisant par tri et tétratomie en donnant naissance à de petits bouquets de filaments divergents connus sous le nom de *tarses* faviques. Le polymorphisme de ce parasite dans le cheveu est une de ses meilleures caractéristiques, opposé surtout au monomorphisme de chacune des autres teignes.

La **teigne tondante à petites spores** est une affection de l'enfance, comme un grand nombre des affections cryptogamiques. Il est probable, en effet que ces parasites demandent pour vivre un certain nombre d'acides gras qui ne peuvent leur être fournis que par le sébum de l'enfant ; en effet, au moment où la sexualité se différencie, il se produit de grands changements dans la nature des acides gras du sébum et conséquemment il est tout à fait exceptionnel de voir évoluer la teigne tondante à petites spores chez l'adulte.

Les causes générales de contagion sont la promiscuité sous toutes ses formes et les conditions de morbidité permettant aux lésions de se produire.

Quand on veut faire des examens microscopiques de teignes à petites spores, on se sert d'une solution de potasse à trente grammes pour soixante grammes d'eau, cette solution étant suffisamment caustique pour dissoudre la cuticule du poil sans attaquer le parasite. On peut faire ce travail à froid, en déposant sur une lame une goutte de potasse et en y plaçant ensuite une parcelle du cheveu malade. Mais ce moyen de préparer demande deux à trois heures d'attente. Il est plus pratique de procéder à chaud, en portant presque à l'ébullition la solution de potasse et en refroidissant ensuite brusquement le liquide. Dans les deux cas on peut examiner la préparation sans coloration. Mais il est nécessaire de réduire considérablement le nombre des rayons lumineux directs pour apercevoir le parasite, car l'écorce n'est dessinée que par diffraction sur les préparations non colorées. C'est ce qu'on obtient en employant un diaphragme très étroit. En effet, le parasite et la solution de potasse ont

presque le même indice de réfraction, et vous savez, Messieurs, qu'un corps solide plongé dans un liquide qui a le même indice de réfraction que lui y disparaît complètement. Dans ces conditions il faut, pour apercevoir le parasite, amener la somme des rayons directs à être sensiblement égale à celle des rayons réfractés. D'où la nécessité de restreindre la quantité de rayons lumineux et d'examiner la préparation dans la pénombre.

Pour faire des préparations permanentes, il est préférable de colorer, soit à l'éosine, soit aux couleurs d'aniline. Ces préparations sont durables, mais elles sont bien moins démonstratives, car ces manipulations amènent par traumatisme des changements dans la disposition réciproque du parasite et du cheveu.

Pour faire des ensemencements, on procède également d'une façon fort simple : on n'a qu'à prendre à la pince stérile (sans aucune stérilisation de la tête, car, il n'y a pas d'ordinaire de parasites superposés), un cheveu malade ; on le dépose sur un verre flambé, on le coupe avec une aiguille en fer de lance stérile en très petits morceaux. Puis avec la baguette de platine flambée, stérilisée, on va toucher la surface du bouillon de culture pour humidifier le fil de platine. Ainsi les fragments de cheveux pourront adhérer au platine et être transportés sur la gélose du tube.

Les milieux les plus propres à la culture sont les milieux contenant des hydrocarbures. On peut employer la glycérine, bien que ce soit un alcool. Le bouillon que j'emploie de préférence peut se formuler ainsi :

Eau	100 gr.
Peptone	1 »
Sucre	4 »

Il importe peu d'employer tel sucre, plutôt que tel autre. J'emploie de préférence la lactose et la glucose parce qu'elles différencient mieux les parasites et leur donnent des caractères spéciaux. C'est vers le cinquième ou sixième jour que la culture commence à devenir visible à l'œil nu.

Il y a quatre espèces différentes connues de teignes tondantes à petites spores ; on les différencie par les caractères objectifs spéciaux de chacune de leurs cultures sur le même milieu. Ce moyen est très pratique, car toujours les champignons en culture reprennent les mêmes caractères *sur les mêmes milieux*, et ces caractères propres changent quand on change la nature du milieu de culture. C'est par ce procédé qu'on est parvenu à différencier toutes les différentes espèces de teignes aujourd'hui connues. Actuellement on connaît deux espèces de teigne tondante à petites spores chez le cheval, une chez le chien et une chez l'enfant. Chacune possède ses caractères différentiels. On peut voir parfois ces différentes espèces atteindre l'homme ; mais ce sont là des inoculations rares, qui guérissent presque toutes seules et qui sont imputables à la profession (charretier, palefrenier, berger, etc.).

Si dans la teigne tondante à petites spores, il n'y a que quatre espèces, dans la **teigne tondante trichophytique** la question se complique beaucoup et les espèces différentes deviennent beaucoup plus nombreuses. Beaucoup d'espèces animales possèdent un trichophyton spécial. Il y a une espèce connue chez le chien, trois chez le cheval, une chez le chat, une chez la poule, etc., etc.

Les trichophytons humains donnent deux cultures bien différentes ; l'une peut avoir la forme dite cratériforme, l'autre acuminée. De même l'examen microscopique décèle deux variétés : dans l'une, on a des spores réunies en chaînes, ne se dissociant pas dans la potasse, c'est celle qui donne la culture cratériforme. L'autre variété par contre donne la culture acuminée et, après avoir traité la préparation par la potasse, on ne peut plus retrouver de chaînettes de spores.

Les trichophytons ont encore d'autres caractères différentiels, se déduisant de l'endothricité et de l'ectothricité. En effet les trichophytons de l'enfant sont tous endothrix, c'est-à-dire qu'ils sont contenus en files régulières *dans l'intérieur* du cheveu, tandis que ceux des animaux sont tous endo-ectothrix, c'est-à-dire à la fois contenus hors du cheveu et lui formant une enveloppe.

Cette multiplicité des espèces correspond en clinique à des faits particuliers. Dans cette teigne tondante, en effet, on trouve que toutes les lésions sont identiques sur un même individu, mais ne se ressemblent aucunement d'un individu à un autre, quand leur source d'inoculation n'a pas été la même. De plus, il faut reconnaître aussi que les variétés de trichophytons dépendent du pays où l'on observe. Il est probable, en effet, que les animaux qui nous communiquent la trichophytie, l'ont prise quelquefois dans la nature. Ainsi on note chez eux la trichophytie des naseaux, du ventre. On voit certaines teignes prendre

les animaux quand on les met à la prairie et disparaître à l'écurie. Comme on ne peut parvenir à saisir leur fructification dans la vie parasitaire, n'est-il pas permis, Messieurs, de supposer qu'ils se développent en dehors de l'organisme, qu'ils ont une existence libre et saprophyte et ne sont parasitaires qu'accidentellement ?

Le parasite de la **teigne faveuse** est plus difficile à étudier, il demande plus de peptones que les précédents et surtout moins de sucre. Les procédés de culture sont encore les mêmes. Le moyen le plus pratique de réunir les cultures est de décaper la surface du godet favique et d'ensemencer la partie décortiquée. Il y a en ce moment de grandes discussions sur la pluralité des favus et la question est loin d'être tranchée. M. Sabrazès, de Bordeaux, a distingué trois espèces de favus différents : le favus humain, le favus de la souris et celui du chien. Pour ma part, je ne suis jamais parvenu à retrouver aucune espèce favique différant du favus humain. Et je ne suis pas convaincu que certain favus de la poule, par exemple, ne soit pas le trichophyton de la poule déjà isolé et décrit à juste titre parmi les trichophytons. En tous cas, Messieurs, si la pluralité des favus existe, elle est fort restreinte, et jusqu'à présent je ne connais aucun fait de transmission des espèces faviques animales à l'homme.

Toutes les inoculations des diverses teignes se font directement en partant de la culture, de préférence de culture vieille. Car jamais on n'obtient d'inoculations positives en partant de cultures récentes. L'animal à employer de préférence est le cobaye et il est à noter que toutes les familles de trichophytes s'inoculent très bien sur cet animal. Mais le favus par contre est difficile à inoculer, le seul moyen de réussir est d'inclure le parasite sous la peau et de fermer ensuite la place par un point de suture. On peut aussi faire l'inoculation sur l'homme.

Voici le procédé que j'ai employé sur moi-même : Après m'être fait une légère brûlure avec une allumette, j'attends la formation de la phlyctène et c'est directement, dans la sérosité qu'elle contient, que par l'intermédiaire de l'aiguille d'une seringue de Pravaz, j'inocule quelques spores. Lorsque la phlyctène est desséchée, autour d'elle se dessine le cercle trichophytique.

Au point de vue de la taxinomie, on peut dire que tous les parasites des teignes ont le même genre de fructification, et qu'ils ne sont tous que des formes larvées d'un champignon supérieur. Il semble qu'il s'agisse dans ce cas de la famille des gymniascées (Matruchot).

Le **traitement** des teignes est une question très importante à tous les points de vue, et il a une très grande importance au point de vue de l'hygiène. Il ne faut pas le cacher, ce traitement est difficile et donne lieu à bien des déboires, à cause de la structure même du cheveu. Le follicule pileux est, en effet, profondément enfoncé dans le derme et le parasite s'est étendu jusqu'à sa racine. Comment parvenir à l'atteindre dans son refuge ? Toute l'antisepsie est impuissante. On ne peut parvenir, au moyen de lotion antiseptiques, à pénétrer jusqu'à la racine du poil. On n'y parvient jamais, ni avec les solutions liquides, ni même avec les gaz. On a donc dû essayer d'obtenir la guérison par un procédé de stérilisation discontinue, qui est l'épilation répétée de la région malade. Ce procédé est long, mais il est certain. Dans le favus il est rare, en effet, quon n'arrive pas à se débarrasser du parasite en six mois.

Mais parfois l'épilation n'est pas possible. C'est quand le cheveu est cassant, et il l'est dans les deux teignes tondantes ; on ne peut alors espérer l'extirper complètement. Aussi, dans ce cas, a-t-on eu recours aux applications répétées d'huile de croton. Vous savez, sans doute, que les applications d'huile de croton amenant la production de petits abcès folliculaires, ceux-ci expulsent le cheveu en entier ; mais il est à noter, ce qui est un grand inconvénient à cette méthode, c'est que si on provoque par ce moyen une suppuration trop intense, le cheveu ne repousse jamais. Or, il ne faut pas oublier que les trichophytoses sont des parasites de l'enfance, disparaissant lorsque survient la sexualité et que par suite vers l'âge de quinze ans, on peut espérer voir disparaître l'affection. Toutefois, pour activer la guérison, on peut user de ce procédé, en en évitant les conséquences. Pour cela je fais alterner les applications d'huile de croton et celles d'émollients (cataplasmes, compresses humides) et en huit à dix mois, on peut espérer la guérison des teignes tondantes.

On a cherché d'autres moyens thérapeutiques, en se basant sur le fait que diverses affections amènent la chute complète des poils. Dans ce but, après de longues recherches sur la pelade, on a isolé des

microbes qui sur la surface peladique sont constants. Cette toxine peladique provoque bien des dépilations, mais non au point d'inoculation ; ce procédé est donc pour le moment présent non maniable et inapplicable en pratique.

Les teignes soulèvent un gros problème d'hygiène publique ; permettez-moi de vous faire remarquer qu'à Paris, nous avons une moyenne de 8 à 9.000 cas de teignes, presque tous de teigne tondante. Ces enfants contaminent facilement leurs petits camarades et vous voyez comment dans une école, la seule présence d'un teigneux est dangereuse. Elle est d'autant plus dangereuse, que ces épidémies sont nombreuses et que la maladie est de longue durée, contagieuse autant qu'elle dure. Vous voyez donc toute la gravité du problème, et les immenses frais qu'occasionnerait une lutte contre les teignes. Ce serait d'autant plus long et d'autant plus difficile que l'affection peut évoluer deux ou trois mois sans que le médecin non prévenu puisse s'en apercevoir, et combien d'enfants ne seront pas contaminés durant ce temps ! Aussi quand vous serez en présence d'un teigneux, ne vous hâtez jamais de conclure à sa guérison et à sa non contagion.

Sous le nom générique de *pelade*, on a généralement coutume de ranger toutes les alopécies de l'enfance ; et pourtant la pelade n'est pas une affection aussi fréquente qu'on le dit généralement. Jamais je n'ai vu une seule épidémie de pelade et je n'ai pu observer que deux ou trois cas de contagion avérée sur cinq à six mille malades. Cette affection est donc véritablement peu contagieuse. Dans les écoles, en général, il n'y a pas d'épidémies de pelade et les épidémies décorées de ce nom ne sont que de simples épidémies d'impetigo ; car il est à noter que cinq ou six semaines après l'impetigo, l'alopécie apparaît dans tous les endroits atteints par l'impetigo. L'impetigo a pu passer inaperçu, tandis qu'on ne peut pas ne pas voir les plaques alopéciques qu'il laisse souvent après lui.

Il faut diviser les pelades en deux types cliniques très différents ; l'une a été décrite par CELSE et doit porter son nom. Elle débute par l'occiput, suit exactement les contours de la tête et dure en moyenne dix-huit mois ; plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, elle ne présente jamais de contagion et guérit souvent toute seule aux approches de la puberté. Sur cette forme de pelade les recherches bactériologiques n'ont donné aucun résultat ; il est à noter toutefois que c'est une affection héréditaire ; j'ai trouvé cette hérédité dans trois générations consécutives.

L'autre pelade, étudiée par BATEMAN, est caractérisée « par la présence de taches circulaires, sans cheveux, d'un poli et d'une blancheur remarquables, tandis que sur le pourtour de la tête il reste encore des cheveux, autant qu'à l'état normal ».

Cette pelade-là, Messieurs, je l'ai vue contagieuse. Elle ne l'est pas souvent, mais certainement elle peut l'être. Quand on regarde attentivement une surface déglabrée par elle, on voit que tous les orifices glandulaires présentent l'aspect des comédons si fréquents sur le nez des séborrhéiques. Quand on râcle cette surface, en déprimant la peau, on voit sortir de l'orifice glandulaire un cylindre gras, rappelant celui de la séborrhée. En l'écrasant sur une lamelle, on peut mettre en évidence un grand nombre de bacilles qui ne sont pas exclusifs à la pelade, mais communs à elle et à la séborrhée décalvante du cuir chevelu. C'est une semblable infection, non plus disposée en placards mais diffuse, qui détermine la calvitie précoce, dès l'âge de vingt-cinq ans. Donc la pelade contagieuse présente toujours des symptômes séborrhéiques.

Il reste à savoir si dans la pelade cette infection séborrhéique est primitive ou secondaire. Jamais on n'a pu faire d'inoculation directe, et les recherches de ce côté ont été trop peu fructueuses pour que je puisse affirmer d'une façon absolue et positive que le microbe de la pelade est le même que celui de la séborrhée grasse ; je le crois sans avoir pu le prouver.

En ce qui concerne la prophylaxie de la pelade dans les écoles on peut dire qu'elle est nulle, la contagion chez l'enfant me paraissant nulle. Des précautions d'hygiène et de propreté sont partout et toujours utiles, mais il est superflu de les exagérer.

Les traitements anti-séborrhéiques sont les seuls qui agissent dans la pelade de BATEMAN. Dans la pelade de CELSE, les irritants locaux, préconisés déjà par CELSE, et un traitement sédatif du système nerveux donnent de bons résultats. J'ai coutume dans ce cas de prescrire la vieille pommade à l'huile de cade et au précipité jaune dont voici la formule :

Huile de cade.	4 gr.
Excipient gras	20 gr.
Précipité jaune.	0 gr. 50

Il faut alterner ces applications avec des applications, antiseptiques dans la pelade de Bateman, irritantes dans la pelade de Celse.

Notes sur quelques cas de parasitisme et de pseudo-parasitisme observés chez l'homme

Par le docteur **P. Verdun**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Il est de règle de ne considérer comme parasites de l'homme que les êtres organisés, « animaux ou végétaux, » qui passent sur lui une partie ou la totalité de leur existence, s'y développent, et se nourrissent à ses dépens. Tous ceux qui ne présentent pas ces qualités sont placés dans le groupe des *pseudo-parasites*, groupe hétérogène, « véritable capharnaüm » où l'on fait entrer des êtres s'offrant à nous sous les aspects les plus variés, et rencontrés chez l'homme dans les conditions les plus diverses.

C'est ainsi que l'on considère comme tels, des corps étrangers ayant donné lieu à des méprises grossières, parce qu'ils présentaient une ressemblance plus ou moins grande avec des parasites connus. Mongrand, par exemple, a décrit sous le nom de *Filaria zebra* un caillot de la saphène ; Scopoli, sous celui de *Physis intestinalis*, une trachée d'oiseau ; un troisième auteur a désigné sous le nom de *striatule* une nervure de salade, etc. Sont aussi rangés parmi les pseudo-parasites, les figures de dégénérescence cellulaires, observées dans certaines tumeurs et offrant vaguement l'aspect d'organismes cellulaires ; les animaux qui pénètrent chez l'homme d'une façon tout à fait fortuite et sont incapables, non seulement de s'y développer mais encore d'y vivre.

Très souvent, enfin, il faut encore placer dans ce groupe les larves que les malades trouvent dans les vases et qu'ils se figurent avoir rejetées avec les urines, avec les fèces ou de toute autre manière. Il ne faut accepter leurs affirmations qu'avec la plus grande réserve, et ne pas oublier que les cas de simulation et de supercherie sont assez fréquents chez les sujets atteints de certaines névroses, tels que les hystériques et les neurasthéniques.

A ce sujet, nous avons recueilli dans ces derniers temps, un certain nombre d'observations, suffisamment intéressantes pour que nous jugions utile de les résumer rapidement ; elles vont nous montrer quelques-uns des aspects sous lesquels peut se présenter le pseudo-parasitisme.

Observation I. — En juin 1897, un de nos confrères est appelé auprès d'une fillette d'une douzaine d'années qui se plaignait de douleurs d'entrailles violentes. Il fait administrer un purgatif et le lendemain la mère lui présente une espèce de ver qu'elle avait trouvé dans le vase où l'enfant était allée à la selle. L'animal est soumis à notre examen et nous reconnaissons de suite une larve d'*Eristalix arbustorum*, larves caractérisées par le prolongement de leur extrémité postérieure. Elles sont désignées communément sous le nom de *Vers à queue de rat* et vivent dans les matières en voie de putréfaction. Le fait était intéressant, car jusqu'ici il n'existe qu'une seule observation de myase intestinale due à l'Eristalix. Les douleurs persistant, nous conseillons au médecin de donner un autre purgatif ; mais ce dernier ne produisit aucun résultat, nous nous sommes alors demandé, si l'animal que l'on nous a présenté provenait bien de l'intestin, ou s'il n'avait pas été introduit accidentellement dans le vase. N'ayant pu obtenir des renseignements complémentaires nous penchons pour la deuxième hypothèse, et nous considérons cette observation comme un cas de pseudo-parasitisme.

Observation II. — Un de nos confrères des environs de Lille nous faisait parvenir dernièrement un animal qu'un de ses malades venait d'expulser. Celui-ci l'avait découvert en examinant ses fèces et assez inquiet, s'était hâté d'apporter la « petite bête » à son médecin. Après un examen rapide, nous reconnaissons un échantillon parfaitement intact du Cloporte des murailles (*Onisius asellus*), espèce très voisine du cloporte des caves, appartenant tous les deux au groupe des crustacés. Comme il n'existe aucune observation de parasitisme vrai dû à des animaux de cette classe, nous nous sommes empressé de demander des détails complémentaires à notre confrère et c'est le malade lui-même qui est venu nous les apporter. Dès les premiers mots notre conviction était faite : nous étions en présence d'un individu jouissant d'une bonne santé, mais névropathe accompli. Il nous raconte alors, avec force détails, que sa maladie remontait à deux ans, avait débuté par des douleurs dans les jambes, un état de faiblesse général, etc...

Dans ces derniers temps sa situation restant toujours la même, il pensa qu'il pourrait bien avoir des vers et sous l'influence de cette idée, il absorbe pendant plusieurs jours consécutifs une faible dose de santonine. C'est sur ces entrefaites qu'il expulse le parasite. Bien entendu, depuis lors toutes ses misères ont disparu, l'appétit est revenu, et jusqu'à nouvel ordre, le malade se croit complètement guéri.

Nous devons certainement ranger cette observation parmi les faits de pseudo-parasitisme. L'animal n'a pu se développer dans l'intestin ; il a été avalé intact avec les aliments, feuilles de salade probablement, et grâce à sa carapace chitineuse il a résisté à l'action des sucs digestifs. Il a simplement traversé rapidement

l'intestin, et cela nous explique l'état de conservation relatif dans lequel il se trouvait.

Dans notre interrogatoire, nous n'avons pu relever dans l'état de la personne, aucun symptôme, ni aucun trouble qui pût lui être imputable.

Observation III. — Cette dernière observation est assez intéressante, car le côté scientifique mis à part, il s'y rattache une question d'hygiène publique.

Un de nos collègues nous a adressé ces jours derniers, trois petites larves d'insectes, qu'il avait trouvées dans le gargarisme dont il faisait usage et nous demandait, si ces animaux s'étaient développés dans sa gorge, car il était fortement enrhumé, où bien s'ils provenaient de l'eau prise au robinet.

Les trois larves dont il est question, parfaitement vivantes, étaient longues de cinq à six millimètres environ sur un quart de millimètre de largeur. Leur détermination exacte ne peut être faite qu'à l'aide de l'insecte adulte, mais malheureusement nous n'avons pas réussi à les élever.

Quoi qu'il en soit, elles se rapprochent beaucoup des larves de *Psychodes* ou de *Dixa*, formes voisines de nos *Chironomides* dont la forme larvaire est représentée par les petits vers rouges de la vase, si fréquemment employés par les pêcheurs. Les Psychodes et les Chironomides, sont à leur tour proches parents des Culicidés, famille qui renferme le genre *Culex*, vulgairement appelé moustique. Les larves de tous ces diptères se développent dans l'eau et par conséquent nous pouvons affirmer que celles qui ont été soumises à notre examen ne proviennent pas de la gorge de notre collègue, mais de l'eau de la ville. C'est en somme une espèce de plus à ajouter à la faune déjà si riche de l'eau potable de la ville de Lille.

FAITS CLINIQUES

Eruption scarlatiniforme due aux streptocoque et diplocoque associés

par MM. le professeur **Combemale**, et **Vrasse**, externe de service.

Sal..., Julienne, servante, âgée de 29 ans, entre le 27 avril dans le service de M. le professeur Combemale; sa maîtresse l'amène parce que son médecin craint qu'il ne s'agisse de scarlatine, en raison de l'éruption et de l'angine avec fièvre que présente la malade.

Issue de père et mère bien portants, la neuvième de seize frères et sœurs, dont dix sont morts, elle ignore de quoi, et six bien portants, la patiente n'a pas d'antécédents personnels. Réglée à treize ans et demi, toujours régulièrement depuis, elle a eu à 28 ans un enfant, venu à terme, d'accouchement normal, en bonne santé actuellement.

Elle était nourrice sèche depuis quelques mois chez ses patrons, quand ses règles à peine terminées le lundi 24 avril, dans la matinée, elle ressentit aux jambes des picotements; rabattant ses bas, elle vit alors sur toute la jambe droite et un peu sur la jambe gauche une éruption de plaques rouges, séparées par des espaces de peau saine, donnant une sensation de chaleur, mais ni douloureuses, ni prurigineuses; le lendemain mardi, les bras, à leur tour, étaient pris; le tronc fut respecté. Cette éruption avait été précédée le dimanche soir, et s'accompagnait le lundi, de céphalée, de frissons, de fièvre, de lassitude générale, d'anorexie; toutefois ni vomissements, ni nausées, ni diarrhée, ne firent partie de cette symptomatologie; à noter cependant quelques douleurs de reins très légères. Tous ces phénomènes ayant persisté les jours suivants, la gorge étant devenue rouge, ses maîtres l'amenèrent à l'hôpital le jeudi 27.

A son entrée, elle présente encore sur tout le corps des plaques rouges papuleuses, de la grandeur d'une pièce de 0,50 centimes, à contours très irréguliers, ne respectant aucune partie du corps, mais surtout accentuées sur les bras, le dos et les jambes, ne provoquant ni douleurs, ni démangeaisons.

A l'examen de la gorge, la déglutition n'est ni douloureuse, ni difficile. On constate cependant, à l'inspection, de la rougeur du voile du palais; les amygdales sont rouges mais non à proprement parler volumineuses et turgescentes. La langue, un peu saburrale, est rouge sur tout son pourtour. Il n'y a pas de toux, non plus que de phénomènes pulmonaires. La céphalée et le lumbago sont passés, les urines des 24 heures sont normales en quantité, une analyse sommaire n'y dénote rien de particulier. La température prise le soir de son entrée indique cependant 39°4.

Isolée dès son entrée, la malade passe une nuit relativement bonne.

Le 28 avril, au matin : 38°6; le diagnostic est flottant. Celui de scarlatine ne s'impose pas, celui d'érythème scarlatiniforme est plus probable, mais la nature n'en est pas apparente; on rejette celui d'éruption médicamenteuse. Le régime lacté, l'isolement sont maintenus; les bains tièdes, en cas d'urgence, sont recommandés au personnel. Le soir la température atteignait 39°2.

Le 29 avril, au matin : 38°1, mêmes hésitations dans le diagnostic, même traitement d'expectation, d'autant que l'éruption pâlit déjà; une prise de sang dans la veine du pli du coude est effectuée pour culture microbienne; le soir, seulement 38° 6.

Le 30 avril, apyrexie; le matin : 37°1; le soir : 37°9; presque plus de rougeur à la gorge, les plaques éruptives se sont effacées, ne laissant pas de furfurs à leur place. Le traitement se ressent de cette amélioration, la malade demandant à manger avec insistance. On cesse du reste l'isolement.

Le 1er mai, apyrexie; 37 3 et 37°4. Nous apprenons que l'ensemencement du sang a donné des diplocoques et quelques streptocoques. L'éruption du reste est de moins en moins marquée, complètement disparue même aux jambes. L'état général s'est de beaucoup amélioré.

Le 4 mai, la malade, qui parlait déjà de sortir, éprouve à diverses reprises, dans la journée, de 10 heures du matin à 6 heures du soir, des frissonne-

ments ; en même temps, elle a froid et ne peut parvenir à se réchauffer. La température prise le soir ne s'élève cependant pas au-dessus de 37°.

Le 5 mai, à la visite, informé de cet état, on ausculte la poitrine, on scrute la gorge, on palpe le bas-ventre sans résultats ; il n'y a du reste plus de frissons, de toute la journée.

Mais, le 6 mai, les frissons reparaissent, sans fièvre apparente, toutefois sans localisation.

De même le 7 mai : frissons, pas de fièvre le matin, cependant le soir : 39° 4. Sensation douloureuse à la déglutition.

Le 8 mai, encore des frissons, le matin 39°. La gorge douloureuse présente à l'examen de la rougeur et un exsudat que l'examen microscopique montre constitué par du diplocoque. Badigeons à la liqueur de LABARRAQUE, sulfate de quinine ; le lendemain et les jours suivants, la température tombe à 38°, 37°6 et au-dessous de 37. L'infection est annihilée ; les forces reviennent vite. Par mesure de précaution ce n'est que le 25 mai que la malade quitte l'hôpital, complètement rétablie, sans avoir jamais vu de desquamation sur quelque point que ce soit de sa peau.

Dans l'observation ci-dessus il s'agissait d'abord, non de la scarlatine, mais d'une éruption scarlatiniforme, dont les agents microbiens étaient et le diplocoque et le streptocoque, ainsi que l'a montré l'examen hématologique. La symbiose à elle seule, mieux l'accouplement de ces deux infections, a-t-elle provoqué l'éruption ? Nous ne pourrions l'affirmer. Comme nous savons néanmoins que certaines streptococcies s'accompagnent d'éruptions cutanées, nous pouvons penser que ce qui conditionne ces éruptions, c'est peut-être l'association d'agents infectieux, comme celle que nous relatons. Notre observation sera utilisée peut-être pour l'étude de ces associations microbiennes ; à ce seul point de vue déjà, elle serait très intéressante.

Une autre question digne d'attention est la constatation que le streptocoque a le premier disparu, que c'est le diplocoque qui a conservé le plus longtemps sa virulence. L'angine à exsudat, en effet, qui a fait le second acte du drame relaté, était à diplocoque, et a vite cédé au traitement antiseptique local. En déduire que, dans l'association, le diplocoque était le plus malin ne paraîtra donc pas une conclusion excessive.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — MM. BORDIER et SOLVADOR. L'érythème radiographique est dû au moins en partie à l'action électrolytique.

Académie de Médecine. — M. LANCEREAUX. L'aortite en plaques est d'origine paludique.

Société de Chirurgie. — La discussion continue avec le traitement opératoire des hémorrhoïdes. — L'opération de WHITEHEAD n'a que de rares indications.

Société médicale des Hôpitaux. — M. BARBIER a observé des habitudes alcooliques chez 98 % de tuberculeux qu'il a pu suivre dans son service.

Société de Biologie. — MM. LÉPINE et LYONNET ont pu produire expérimentalement la bronchopneumonie typhique chez le chien.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 7 Juillet 1899

Présidence de M. le docteur CARLIER, *président.*

Résultats d'une amputation du pied par le procédé Pasquier-Lefort

M. **Carlier** présente un malade chez lequel il a pratiqué, il y a dix-huit mois, une amputation du pied par le procédé PASQUIER-LEFORT. Souvent, avant de procéder à cette ablation, on se demande comment le malade pourra marcher. Il est toutefois de règle de laisser la peau du talon pour servir de moignon.

Le malade, après l'opération, a eu une petite ulcération de la cicatrice. Toutefois maintenant, il a un moignon excellent et présente sur presque tous les points une ligne cicatricielle par première intention ; par contre, au niveau du passage du drain, la plaie ne s'est réunie que par seconde intention. Le malade marche bien, en corrigeant toutefois, par une chaussure appropriée, un raccourcissement de 3cm5.

Il est à noter qu'il n'y a aucune atrophie musculaire des gastro-cnémiens.

Carcinome papillaire de l'ovaire

M. **Potel** présente, au nom de M. DUBAR et au sien, un carcinome papillaire de l'ovaire, gros comme une tête d'enfant.

Cette tumeur a été enlevée chez une femme de 65 ans. La malade avait présenté depuis quelques mois une ascite assez considérable et un amaigrissement notable. La tumeur fut difficilement extirpée, un prolongement s'enfonçant dans le mésoiliaque. Au centre de la tumeur, on voit une quantité innombrable de papilles plus ou moins pédiculées et dont le

volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf.

Kyste de l'ovaire à soupape

M. Potel présente un kyste de l'ovaire, colloïde, dont la paroi présente une ouverture ronde de six millimètres de diamètre, par laquelle, dans certaines circonstances, le liquide faisait irruption dans le péritoine. A la partie interne du kyste on trouve, en effet, au niveau de l'ouverture, un petit kyste, gros comme un œuf de pigeon et venant oblitérer par pression l'orifice.

Quand la pression augmentait, la paroi se distendait, et, refoulant le petit kyste, le liquide se déversait dans le péritoine. La malade n'a jamais présenté aucun trouble bien spécial, bien que son péritoine contînt environ 8 litres de liquide kystique.

M. Colle a pour ainsi dire assisté à la rupture d'un kyste de l'ovaire dans l'abdomen, et il déclare que l'aspect de la malade fut tout autre après la rupture qu'avant. Dans le cas qu'il rapporte, la rupture est survenue pendant les préparatifs de l'opération. Après incision de la paroi, on a trouvé dans l'abdomen tout le liquide kystique mélangé à de l'ascite et dans le ligament large, la paroi seule du kyste. Dans le cas de M. Potel, il devait se présenter des moments où l'aspect du ventre n'était pas celui d'un kyste.

M. Lambret compare le kyste avec ouverture à soupape de M. Potel, au kyste tubo-ovarien dont l'orifice utérin existe encore.

Dans ce dernier cas aussi, ce n'est que lorsque la pression intra-kystique devient trop considérable que le liquide kystique s'écoule dans l'utérus ; ainsi s'explique le peu de développement qu'acquièrent les kystes tubo-ovariens, et les kystes à soupape.

M. Carlier a observé et opéré pour kyste de l'ovaire une femme qui, elle aussi, présenta des décharges de liquide kystique dans le péritoine. Chez elle le pédicule du kyste avait subi sept ou huit torsions successives et chaque torsion avait amené une petite déchirure de la paroi kystique, et par suite épanchement du liquide dans le ventre.

MM. Lambret et **Potel** répondent ensuite à M. Colle, demandant la cause de l'existence de la perforation kystique, que, par suite du frottement du kyste interne contre la paroi, celle-ci s'est corrodée peu à peu et finalement s'est percée complètement.

Ostéosarcome du maxillaire inférieur ayant amené l'éruption de la dent de sagesse au sommet de l'apophyse coronoïde.

M. Potel présente, au nom de M. Dubar et au sien, un ostéosarcome du maxillaire inférieur. Cette tumeur, enlevée chez une jeune fille de seize ans, date de huit ans. Deux opérations incomplètes ayant été pratiquées, l'une il y a huit ans, l'autre il y a deux ans, M. Dubar pratiqua la résection.

Ce qui fait l'intérêt de cette pièce c'est que la dent de sagesse est venue faire éruption au sommet de l'apophyse coronoïde, au milieu de l'insertion du muscle temporal.

M. Moty fait remarquer à ce sujet que le bourgeon épithélial donnant naissance à la dent de sagesse provient du bourgeon de la première grosse molaire, qu'il naît encore de l'os, et que ce n'est que par suite de la formation de la dent que l'alvéole s'est creusé.

Il est donc probable que le bourgeon a été refoulé, par suite des diverses opérations subies par le sujet, vers l'apophyse coronoïde, où il s'est développé.

Hémorrhagie du ventricule latéral droit

M. Raviart rapporte plusieurs cas d'hémorrhagie cérébrale, avec inondation dans le ventricule latéral droit, ayant donné lieu à une symptomatologie toute particulière *(sera publié)*.

Sur les corps étrangers de l'appendice

M. Colle résume une opération d'appendicite faite sur un jeune garçon et présente un calcul de la grosseur d'une forte noisette qui était enclavé dans la cavité appendiculaire. L'appendice était presque sphacélé, les parois très amincies ; cependant la réaction locale était peu vive et les adhérences s'étaient laissées facilement déchirer.

M. Colle fait remarquer qu'on trouve beaucoup plus rarement qu'on ne le dit des corps étrangers dans l'appendice.

M. Combemale demande si l'on rencontre souvent des corps étrangers dans l'appendice. Pour lui, il est persuadé qu'il ne faut voir là qu'une simple coïncidence et ne pas considérer comme cause d'appendicite la présence de ces calculs, grains de plomb, arête de poisson dans la cavité appendiculaire.

M. Carlier par contre croit à un effet causal, à une réaction de la paroi contre le corps étranger.

Tuberculose testiculaire et épididymaire.

M. Carlier fait une communication sur la tuber-

culose testiculaire et la tuberculose épididymaire, les différenciant l'une de l'autre, et montrant que le mode de traitement doit différer selon le cas que l'on a à traiter.

D'où deux catégories : 1° ou bien on se trouve en présence d'un épididymite tuberculeux sans généralisation ; 2° ou bien le testicule est pris et avec lui l'épididyme. Dans le premier cas, M. Carlier s'abstiendrait d'une ablation ; dans le second il pratiquerait la castration.

M. Carlier rapporte à ce sujet l'histoire d'un de ses malades, chez lequel il constata une tuberculose de l'épididyme et du cordon ; le testicule étant malade également, après une longue attente, M. Carlier fit la castration et enleva le plus de canal déférent qu'il put.

Mais par contre, lorsque l'épididyme est sain, M. Carlier préconise l'abstention pour conserver ainsi aux individus les effets de la sécrétion interne du testicule.

A propos de l'appendicite

M. Moty, revenant sur la communication de M. Mariau, déclare que les discussions au sujet de l'appendicite ont manqué de clarté, car on n'a pas nettement séparé les différentes sortes d'appendicite.

Lui-même les classe en trois groupes :

1° L'appendicite mécanique, provoquée par la présence de corps étrangers ; 2° l'appendicite toxique, avec formation d'abcès ; 3° l'appendicite folliculaire, résultant d'une lésion de la paroi, encore peu connue.

Il est certain que dans l'appendicite mécanique il faut adopter les idées de Dieulafoy et opérer immédiatement. Les appendicites mécaniques débutent d'ordinaire brusquement. Lorsque par contre, une appendicite débute lentement, j'attends une seconde poussée, que je traite par l'opium et la diète et j'opère à froid. Ce sont là les cas d'appendicite folliculaire.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un abcès, il faut ouvrir sans intéresser le péritoine ; ce sont là des appendicites qui veulent guérir, selon le mot de Routier

M. Moty reconnaît qu'il est difficile de diagnostiquer cliniquement le genre d'appendicite auquel on a affaire.

La discussion est renvoyée à une date ultérieure.

Luxation du pied en avant

M. Lambret présente une radiographie de l'articulation tibio-tarsienne d'une femme qui, à la suite d'une chute, présenta les symptômes d'une légère entorse.

La radiographie montre en plus que le tibia est luxé en avant et que toutefois le péroné est resté dans sa situation normale.

Le diagnostic n'a pu être porté d'abord à cause du gonflement considérable de l'articulation tibio-tarsienne.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Anévrysmes de l'aorte, par H. Huchard (extrait du *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*. Troisième édition, 1899, tome II).

Les quatre chapitres que M. Huchard consacre dans la troisième édition de son *Traité* aux anévrysmes de l'aorte constituent une importante monographie de 170 pages.

Le premier étudie l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique ; le second les anévrysmes de l'aorte thoracique ; le troisième ceux de l'aorte abdominale ; le quatrième enfin s'occupe du ou plutôt des traitements. Disons d'abord qu'on aurait peine à trouver un travail plus complet à tous les points de vue : la bibliographie est des plus étendues et ne se borne pas à une liste de titres : presque partout, soit en notes, soit dans le texte même, l'auteur cite une foule d'observations, dont un bon nombre in-extenso, qui donnent à son travail une valeur clinique considérable. Il est vrai que les multiples observations personnelles de M. Huchard suffisaient à donner à ces pages un cachet original, mais elles sont encore renforcées par des cas analogues des mieux choisis et des mieux mis en relief tirés des recueils anciens et modernes. Il ne faut pas songer à donner ici une idée même imparfaite d'un ouvrage où chaque paragraphe a son importance. Résumons simplement les idées les plus neuves qui ont trait à l'étiologie et au traitement des anévrysmes de l'aorte, les deux points les moins clairs, à l'heure présente, en ce qui concerne ce chapitre de pathologie.

Qu'on ouvre les classiques les plus récents, qu'on prenne par exemple le *Traité de médecine et de thérapeutique* (article de Boinet) et l'on verra incriminées comme causes déterminantes de l'anévrysme les suivantes : intoxications, diathèses (goutte et rhumatisme), syphilis, paludisme, infections, athérome. Qu'on écoute maintenant M. Huchard : « Parmi ces causes, la syphilis, le paludisme, les intoxications, la goutte et l'athérome sont *prédisposantes*; l'infection seul est *déterminante* ». C'est là une opinion que l'auteur défend, il faut le dire, avec de forts bons arguments. « Les syphilitiques, les alcooliques, les goutteux, etc., ne deviennent pas tous des anévrysmatiques, et que de fois l'on rencontre des lésions athéromateuses profondes et considérables avec abcès puriformes, disparition presque complète ou décollement de la tunique interne dans certains points, avec un commencement d'altération de la tunique moyenne, cela sans aucune tendance à la dilatation anévrysmale ! Alors il y a autre chose, il doit y avoir autre chose qu'une lésion anatomique : il y a l'infection surajoutée. Il faut une lésion préalable de l'endartère ou de la

mésartère, c'est-à-dire le *terrain* qui prépare ; et une infection, la *graine* qui vient ensemencer le terrain. L'anévrysme est à la fois fonction de mésartérite et d'infection ». Il est certain que plus d'un exemple vient étayer cette manière de voir. Ainsi, M. HUCHARD a vu, sous l'influence d'une grippe avec pneumonie, naître, sous ses yeux, en quinze jours, un anévrysme de la crosse chez un malade porteur d'une aortite chronique goutteuse. D'autre part, les artérites et les anévrysmes emboliques commencent à être mieux connus.

Malgré ces considérations, et d'autres encore, il nous semble difficile de ne voir dans la syphilis qu'une cause prédisposante. Laissons de côté le paludisme dont le rôle pathogénique est discutable, admettons qu'alcoolisme, goutte et athérome ne soient que des causes d'appel de l'infection en un point du vaisseau dont ils auront amoindri la résistance, soit ; mais que la syphilis, qui est elle-même une infection si profonde, ait besoin de l'appoint d'une maladie surajoutée pour créer une ectasie vasculaire, cela paraîtra peut-être hasardé. « Les syphilitiques, lisons-nous, ne deviennent pas tous des anévrysmatiques. » Est-ce là un argument suffisant ? Ils ne font pas tous non plus de la syphilis du foie : quand ils en font pourtant, la syphilis ne suffit-elle pas ? D'autant que la moitié des anévrysmes de l'aorte surviennent chez des syphilitiques ; d'autant que l'artérite est ici circonscrite et non diffuse, qu'elle « peut devenir une mésartérite avec dissociation et atrophie des éléments contractiles et élastiques de la tunique moyenne. »

Quoi qu'il en soit, et la syphilis mise à part, M. HUCHARD a le grand mérite de montrer toute l'influence des maladies infectieuses comme causes d'anévrysmes. Qui ne voit tout l'intérêt clinique que présente, par exemple, le passage suivant : « Dans l'enfance et dans la jeunesse, les maladies infectieuses aiguës sont fréquentes et nombreuses ; mais cette graine ne peut fructifier parce que le terrain n'est pas préparé par les lésions préalables du système artériel. Dans la vieillesse des paludiques, des alcooliques, des syphilitiques, des goutteux, etc., le terrain est sans doute préparé ; mais la graine fait défaut parce que les maladies infectieuses deviennent de plus en plus rares à une période avancée de la vie : les seules communes dans la vieillesse sont la pneumonie et la grippe. La première est le plus souvent grave et mortelle, la seconde est plus défavorable au point de vue qui nous intéresse ; nous avons cité plusieurs cas d'anévrysmes à développement rapide après une sévère attaque d'influenza sur des aortites goutteuses ou athéromateuses. Au point de vue artériel et anévrysmal, défions-nous de la grippe survenant chez les athéromateux. »

Comment doit-on traiter un anévrysme de l'aorte ? Parmi les nombreux moyens thérapeutiques proposés, M. HUCHARD en retient seulement cinq : le régime alimentaire qui a une importance capitale et qui doit être rigoureusement suivi, la médication iodurée qu'il faut tout d'abord toujours employer, les injections sous-cutanées gélatineuses, la galvanopuncture qui parfois a produit de bons résultats, enfin la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites, quand l'anévrysme occupe la portion ascendante avant l'émergence du tronc innominé.

Quant à l'acupuncture et à la filipuncture, elles sont jugées et condamnées. On a planté dans les anévrysmes un certain nombre d'aiguillles japonaises, aussi fines qu'un cheveu, qu'on laissait en place un quart d'heure. HEALT (1880) les a abandonnées ainsi pendant quatre jours. Le malade alla mieux, puis il mourut (il eût été préférable qu'il allât moins bien et qu'il ne mourût point). On a tenté la fili-galvanopuncture avec CORRADI (1879), et WEST ROOSEVELT introduisit même, pour cette méthode, 67 mètres de fil fin d'acier (un mètre de plus que la hauteur des tours Notre-Dame). Toutes les observations de ce genre se terminent par la mention : autopsie. « On doit les lire attentivement pour en déduire les conséquences pratiques d'une méthode qui n'a que trop duré. La filipuncture a trop vécu. Il importe de la condamner sans retour, parce que les audaces thérapeutiques doivent s'arrêter au respect de la vie humaine, et parce que les auteurs ont mis, malgré tant de désastres accumulés, une ténacité incompréhensible à la défendre. » Dans un ordre d'idées encore plus hardi, on peut rappeler ici qu'ASTLEY-COOPER, en 1817, et JAMES, en 1830, ont pratiqué la ligature de l'aorte abdominale, avec le succès qu'on devine : le malade de JAMES survécut quatre heures.

Parmi les cinq traitements préconisés par M. HUCHARD, l'un d'eux a une importance majeure. « Dans les cardiopathies artérielles, dans le plus grand nombre des maladies artérielles, dans beaucoup d'affections valvulaires, dans tous les anévrysmes, la base du traitement est le régime alimentaire. » Ces mots terminent l'étude sur les anévrysmes de l'aorte, étude dont l'importance fait préjuger la valeur de la nouvelle édition du *Traité des maladies du cœur*.

L. INGELRANS.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur BRISSAUD, agrégé des facultés de médecine est nommé **professeur** d'histoire de la médecine et de la chirurgie ;

Sont nommés **chefs de clinique obstétricale,** MM. les docteurs SCHWAB, à l'hôpital Tarnier, et PAGUY à l'hôpital Baudelocque ; chef de clinique adjoint M. le docteur MACÉ ; **chefs de clinique médicale,** à la Pitié, M. le docteur GOUGET ; à la Charité, M. le docteur BRODIER ; à la Salpêtrière, M. le docteur CESTAN ; **chefs de clinique chirurgicale** à la Charité, M. le docteur RICHE ; à Necker (voies urinaires), M. le docteur MICHON.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Tours. — M. le docteur LAPEYRE, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien en chef de l'hôpital.

M. le docteur PARISOT est chargé d'un cours d'histologie.

M. le docteur DELAGENIÈRE est nommé professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Officier de l'Instruction Publique : M. le Dr de GRISSAL, d'Argenteuil.

Épidémies. — *Médaille de Vermeil* : M. le Dr DE COOL, d'El Madher (Constantine) ; Mme BÉJUIS, sœur Esther, de l'hôpital d'Oran.

Médaille de Bronze : M. le Dr Pélissier.

Médailles d'argent de 2e classe : MM. les docteurs Caber, de Toulon ; Loro, de la Seyne ; M. Teisseire ; sœur Louise, de Gex.

Mentions honorables : MM. les docteurs Dausse, de Bordeaux ; Guiol, de Toulon.

Dons et Legs

Le doyen de la Faculté de médecine de Nancy est autorisé à accepter, au nom de cet établissement la donation d'un titre de 500 francs de rente 3 0/0 sur l'Etat français pour la fondation d'un prix annuel sous le nom de prix Heydenreich-Parisot.

—Le Ministre de la Guerre est autorisé à accepter un legs de 60.000 fr., convertis en 3 0/0, fait par la veuve du médecin principal Marvaud, dont les arrérages serviront à secourir annuellement la veuve ou les orphelins d'un médecin militaire mort sans fortune.

— Le Muséum d'Histoire naturelle recueille le don fait par la veuve du professeur Laboulbène de la précieuse collection entomologique de son mari.

— Le Directeur du Muséum d'Histoire naturelle est autorisé à accepter le legs de 60.000 francs fait au profit de cet établissement par M. Alfred Humbert.

Quand enregistrons-nous semblable libéralité pour l'Université de Lille ?

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Duval, de Paris ; Maugras, de Corcelotte en Montagne ; Nory, de Ste-Suzanne (Mayenne) ; Gingeot, médecin des hôpitaux de Paris ; Herpin, professeur à l'école de médecine de Tours (Indre-et-Loire) ; Labat, de Minzac (Dordogne) ; Verdureau, de Patay (Loiret) ; d'Hôtel, de Nandresse (Ardennes) ; Varailhon, de Noyant (Maine-et-Loire) ; Jeanjean, directeur de l'école de pharmacie de Montpellier.

Lawson-Tait, l'un des pionniers de la chirurgie abdominale, de Birmingham.

Chatenier et Auréas, étudiants en médecine de Montpellier, morts noyés par accident.

OUVRAGES, BROCHURES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Diagnostic des maladies de la moelle, par le professeur Grasset, des *Actualités médicales*, Baillière, 1899, Paris.

— **La neurasthénie et certaines affections du nez et de la gorge,** par le docteur M. Natier, extrait de la *Parole*, Paris, 1899.

— **Note sur deux cas de diabète traités sans résultat par le foie cru et l'extrait de foie,** par le docteur G. Linossier, extrait du *Lyon médical*, 1899.

— **Les maladies de l'estomac,** revue critique, par le docteur G. Linossier, extrait des *Archives générales de médecine*, 1899.

— **Dax pittoresque** (guide illustré), par le docteur Ch. Lavielle, Dax, Labègue, impr., 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

26e SEMAINE, DU 25 JUIN AU 1er JUILLET 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	4
3 mois à un an	6	7
1 an à 2 ans	5	2
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	11	6
40 à 60 ans	5	7
60 à 80 ans	6	7
80 ans et au-dessus	1	3
Total	46	41

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	4	12	14	17	4	6	7	4	13	2	3	86
TOTAL des DÉCÈS	5	14	12	13	4	9	9	1	12	3	5	87
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Autres causes de décès	2	4	1	3	2	5	2	1	3	»	1	24
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	2	»	»	1	1	»	»	»	»	4
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Phthisie pulmonaire	1	3	1	4	2	2	1	»	3	2	3	22
Diarrhée et entérite — plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Diarrhée et entérite — moins de 2 ans	»	2	4	1	»	»	2	»	4	»	»	13
Maladies organiques du cœur	»	»	2	»	»	1	1	»	»	1	»	5
Bronchite et pneumonie	»	2	»	1	»	»	»	»	1	»	»	4
Apoplexie cérébrale	1	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	1	1	2	2	»	»	»	»	»	»	1	7
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 131. Troisième Année, N° 29. Le Numéro : **10** centimes. 16 Juillet 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas d'appendicite

Par le Dr **A. Mariau**, Médecin aide-major au 16e bataillon de chasseurs, ancien chef des travaux anatomiques.

I

L'actualité du débat ouvert sur les multiples questions qui se rattachent à l'appendicite, nous engage à communiquer à la Société un cas récemment observé en commun par MM. les Drs DUBAR, LOOTEN, LAIRAC et par nous-même. Le cortège très complet des symptômes dont ce cas s'est accompagné permet de le présenter comme un cas type de la forme la plus habituellement observée de l'appendicite. De plus, son début anormal et la difficulté du diagnostic pourront donner lieu à une discussion intéressante sur l'importante question du traitement, en particulier sur l'opportunité et le moment de l'intervention.

Avant d'entrer dans les détails de l'observation, nous croyons bien faire de résumer à grands traits les données anatomiques relatives au cœcum et à l'appendice. De ces données, les unes sont actuellement bien classiques et nous ne les signalerons que pour mémoire. Les autres sont moins connues et méritent un rapide exposé.

Les rapports exacts du cœcum et de l'appendice avec le péritoine ont été longtemps méconnus. Les anciens anatomistes croyaient que l'appareil cœco-appendiculaire était extra-péritonéal; pour eux, le voile péritonéal passait au devant du cœcum sans l'envelopper et l'appliquait contre la paroi sous-jacente. Dans les premières éditions de son *Anatomie topographique*, M. le professeur Tillaux écrivait : « Le péritoine maintient le cœcum appliqué contre la fosse iliaque interne, et en général ne lui forme pas de méso-cœcum, de telle sorte que la tunique musculeuse est en contact immédiat avec le tissu sous-séreux de cette fosse. » Les autres ouvrages d'anatomie contenaient des descriptions analogues.

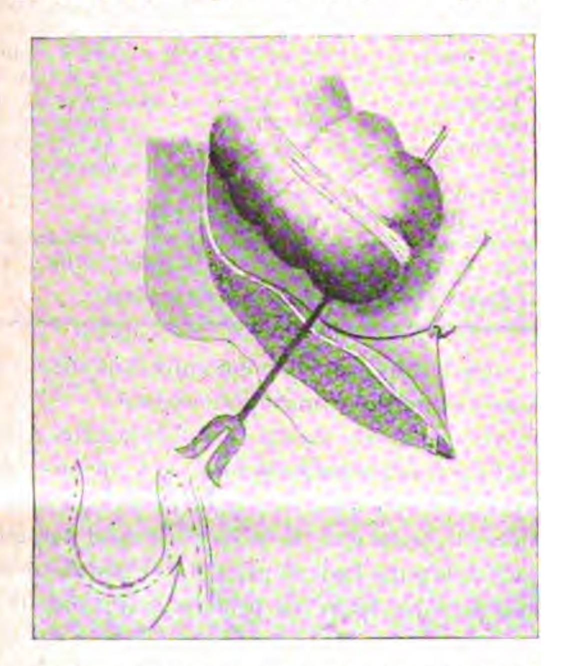
Comment cette erreur, qui aurait dû sauter aux yeux, semble-t-il, puisque *jamais*, à l'état normal, le cœcum n'est extra-péritonéal, s'est-elle si longtemps maintenue dans la science, c'est ce que nous chercherons à nous expliquer tout-à-l'heure. Quoi qu'il en soit, on sait aujourd'hui, d'après les travaux de TRÈVES, TUFFIER, CLADO (1), que le cœcum et son appendice flottent librement dans la cavité péritonéale, qu'ils sont *vernis* sur toute leur étendue par la séreuse. En gros, et laissant de coté les détails, les choses sont absolument comme si le cœcum, préalablement supposé *derrière* le voile péritonéal, s'était avancé en repoussant ce voile, en s'en coiffant, en le faisant s'étirer à sa surface jusqu'à ce que cette surface en soit tapissée de toutes parts, devant, derrière, au bout et sur les côtés, et d'être à ce point libre et flottant dans la cavité abdominale, « que la

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord, séance du 12 mai 1899.

(1) TRÈVES. Lect. of the int. can. (*British* M. J. 1885-1887).
TUFFIER. Le cœcum et ses hernies (*Arch. Gén. de méd.* 1887).
CLADO. L'appareil iléo-cœcal (*Mém. Soc. Biol.* 1892).

main puisse en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde » (TUFFIER). Seul un méso en lame de faucille, assez lâche d'ailleurs pour laisser à l'appendice une liberté complète, relie la pointe de cet organe à l'angle iléo-cœcal. *Au-dessus* du cœcum, il existe ou il n'existe pas, suivant le cas, de méso-côlon ascendant ; mais il s'agit alors du côlon, non plus du cœcum, et la confusion, fréquemment commise, doit être évitée.

La main peut faire le tour du cœcum : c'est dire que derrière lui existe un cul-de-sac péritonéal, un



recessus en angle dièdre, dont la face postérieure du cœcum constitue l'une des faces, et la fosse iliaque l'autre face. L'arête de l'angle ou fond du cul-de-sac est déterminée par la réflexion de la séreuse d'une face sur l'autre. Sur la figure une sonde cannelée engagée sous le cœcum rend évidente l'existence de ce recessus dont nous apprécierons l'importance dans un instant.

Toutes ces données sont bien classiques. En voici qui le sont moins. D'abord, la position occupée par l'appendice est intéressante pour le pathologiste. C'est cette situation qui commandera le siège de l'abcès, la forme clinique de la maladie, et bien souvent les difficultés du diagnostic et de l'opération.

D'après la statistique de notre camarade LAFFORGUE (1) l'appendice est, par rapport au cœcum :

Descendant........	41.5	p. 100	
Latéral interne.....	26	—	
Latéral externe.....	17	—	
Ascendant.........	13	—	seulement.

Il semble que ces chiffres devraient à priori indiquer la fréquence des différents sièges que peut occuper l'abcès appendiculaire. Nous croyons pourtant qu'à ce point de vue, la statistique précédence est sans valeur. En effet, l'appendice est le plus mobile de tous nos organes. On le trouve, à l'autopsie, dans la position toute fortuite où la mort l'a laissé ; cette position eût pu être toute différente à un autre moment. Quand une appendicite se déclare, le siège de l'abcès est déterminé par la position du moment, qui peut n'être pas celle de la veille. Reconnaissons pourtant que la brièveté extrême de certains mésos appendiculaires, impose à quelques appendices une position presque invariable. Mais c'est rare.

Maintenant, comment se fait-il que les trois quarts du temps, pour ne pas dire plus, on trouve l'abcès *derrière* le cœcum, près de son bord externe ou de son bord interne suivant le cas? Une expérience intéressante va peut-être nous l'expliquer.

Prenons un cœcum dont l'appendice est librement flottant, et insufflons-le. L'appendice se gonfle, entre en érection en quelque sorte, et *tire* sur son méso, tout à l'heure assez long quand il se trouvait flasque, trop court maintenant que l'insufflation le développe. Ce bord libre du méso est parcouru par l'artère de l'appendice, cordelette inextensible qui résiste à la traction. Qu'arrive-t-il alors constamment? C'est que l'appendice s'incurve, que sa pointe tirée en haut par le méso, remonte derrière l'angle iléo-cœcal et que finalement, si l'insufflation continue, l'appendice tout entier prend la position *ascendante*. rétro-cœcale. Il se place le plus souvent le long du bord interne du cœcum. Mais on peut, avec les doigts, le ramener le long du bord externe, le déplacer latéralement et lui faire occuper les diverses positions où on le rencontre d'habitude dans les appendicites à foyer rétro-cœcal.

Or, au début de l'appendicite, avant que l'abcès ne se forme, le météorisme abdominal est constant. N'est-ce pas lui qui, en insufflant l'appendice, va lui faire prendre la position rétro-cœcale ?

Cette hypothèse est peut-être un peu hasardée : Il faudrait un météorisme énorme pour produire l'effet d'une insufflation expérimentale. Et puis sur des appendices fermés, des appendices en *cavités closes*, quelle prise a le météorisme ? Et, sans doute, ces objections sont valables. Mais à côté du météorisme, il y a la *turgescence* inflammatoire de l'appendice qui le gonfle, l'allonge, le double ou le triple de volume ; cette turgescence a le *même effet* mécanique que l'insufflation. Météorisme pour une petite part, turgescence inflammatoire pour la plus grande part, voilà les causes qui font remonter l'appendice, et l'abcès se former derrière le cœcum. Et cela nous explique bien des choses. Cela nous explique que des adhérences ayant fixé la paroi postérieure du cœcum à la fosse iliaque, de façon à isoler en une cavité fermée de toutes parts, en une poche rétro-

(1) LAFFORGUE. *Les tumeurs de l'appendice*, Th. de Lyon, 1893.

cæcale, le recessus où l'appendice est venu se loger, cela nous explique, disons-nous, que le péritoine passe maintenant au-devant du cæcum, et semble l'exclure de la cavité abdominale ; d'où l'erreur des anatomistes qui s'en rapportaient aux descriptions des chirurgiens, d'ailleurs exactes, mais basées sur la pathologie. Cela nous explique que le pus de l'abcès, détruisant le mince feuillet qui le sépare de la fosse iliaque interne, s'étale dans cette fosse, décolle le péritoine, et se dirige, soit en haut, vers la capsule adipeuse du rein (abcès périnéphrétiques où l'on trouve un appendice gangrené), soit plus fréquemment en bas, vers l'arcade crurale, et dans ce dernier cas, puisse se faire jour à l'extérieur, comme le pus d'un abcès de la fosse iliaque interne (1).

La forme rétro-cæcale de l'appendicite est la plus fréquente. Lorsque l'inflammation surprend l'appendice dans toute autre position et que les adhérences l'y fixent, on a des abcès au milieu de la masse de l'intestin, — dans le petit bassin, — autour de l'utérus, — contre la vessie. Plusieurs perforations sur un même appendice très long donnent plusieurs abcès à des sièges différents, etc.

Un dernier mot touchant la circulation de l'appendice. Cette circulation, comme M. le Docteur Curtillet, aujourd'hui agrégé de la Faculté de Lyon, nous le faisait observer un jour, est d'une remarquable indépendance. L'appendice est desservi par une seule artère, branche de la mésentérique supérieure, accompagnée d'une seule veine. Ces deux vaisseaux parcourent le bord libre du méso, en émettant des rameaux transversaux qui se portent sur l'appendice et sy ramifient. Le réseau vasculaire qui irrigue l'appendice n'a que de rares et presque invisibles anastomoses avec le réseau qui irrigue le fond du cæcum. Au cours d'une injection du système artériel intestinal, si l'on place une pince sur l'artère appendiculaire, l'injection peut être poussée à fond, pénétrer les plus fins ramuscules de tous les vaisseaux intestinaux, l'appendice reste exsangue. Si, pendant que la pression du liquide injecté s'exerce encore, on lève brusquement la pince, brusquement l'appendice s'injecte dans toute son étendue. Cette indépendance de la circulation appendiculaire donne à penser qu'une compression par un calcul stercoral, ou une oblitération par thrombose des vaisseaux de l'appendice, favorisent singulièrement la gangrène de ce dernier.

(1) Les anciens abcès de la fosse iliaque interne que Grisolle nous montre être trois fois plus fréquents à droite qu'à gauche, où J. Burne, Paulier, Dantel, signalent la présence de matières intestinales et de débris gangrenés d'appendice, n'étaient-ils pas les trois quarts du temps des appendicites? D'où l'on peut conclure que l'appendicite, pour être, comme on dit, une maladie à la mode, n'est pas une maladie nouvelle. Notons toutefois sa grande fréquence actuelle, qu'on attribue à des causes bien diverses. Pour M. Looten cette fréquence est imputable à la grippe, déjà chargée, à bon droit, de tant de méfaits. M. Faisans exprimait dernièrement la même opinion sous une forme très affirmative (Soc. méd. des hôp., 24 mars).

Et de fait, cette gangrène en masse est signalée encore assez fréquemment.

Disons enfin que les vaisseaux thrombosés et augmentés de volume ont pu être pris pour l'appendice, liés et réséqués à sa place (Delorme).

II

Observation. — X..., issu de souche neuro-arthritique, n'a jamais été sérieusement malade. On ne relève qu'une rougeole bénigne et un faux croup sans gravité dans son enfance. Il existe, toutefois, un *passé intestinal*. Depuis l'âge de 12 à 13 ans, l'intestin s'est montré susceptible : Constipation habituelle, coliques banales assez fréquentes. Depuis trois ans, alternatives de constipation et de diarrhée. Jamais de glaires de muco-membranes ni de sang. D'ailleurs très bon appétit habituel et santé générale excellente.

Il y a dix-huit mois, première atteinte *probable* d'appendicite, sur laquelle nous n'avons que de vagues commémoratifs. Le malade éprouvait souvent un point douloureux dans le flanc droit et se croyait menacé d'une hernie. Au cours d'un voyage dans le midi, il se réveille un matin avec une douleur généralisée à tout le ventre. Pas de souvenir bien net sur une localisation plus précise. Il avait eu froid la veille et attribue son mal à cette cause.

Diarrhée pendant trois jours. Pas de fièvre, le malade n'appelle pas de médecin et se soigne lui-même à l'aide de laudanum et de serviettes chaudes. Il se rétablit rapidement. Depuis, diarrhées fréquentes et très fortes.

Il y a un an, angine pultacée sans gravité.

La maladie actuelle a commencé le 25 février au soir par un malaise général et une douleur *localisée à l'épigastre*. A ce moment la palpation profonde de la fosse iliaque droite *n'a réveillé aucune sensibilité*. Appétit pourtant conservé et dîner copieux qui est, il est vrai, vomi le lendemain matin, non digéré. Il n'y a pas eu depuis d'autres vomissements.

Le dimanche 26 février au matin, le tableau est le suivant : faiblesse générale assez marquée, teinte subictérique des conjonctives et des téguments, langue blanche, rouge sur les bords et à la pointe, un peu sèche. Température 37°. Il existe une vive douleur *spontanée* et *à la pression* au creux épigastrique, s'irradiant du côté gauche. Ballonnement très léger du ventre, le foie dépasse de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes. Soif assez vive, pas d'appétit, constipation. Urines assez rares, très chargées d'urates et présentant le reflet verdâtre des sels biliaires. Elles sont émises avec quelque difficulté. *Rien de spécial du côté de l'appendice*. En somme, c'est l'aspect clinique d'une crise de coliques hépatiques avec ictère, diagnostic d'autant plus admissible qu'on relève l'hépatisme dans les antécédents paternels.

Le 26 au soir, même état. Apparition de la fièvre : 38°5. Pouls : 90.

Le 27 au matin, douleur toujours persistante au creux épigastrique, mais généralisation à tout le ventre, et sensibilité assez vive dans le flanc droit, sans localisation précise au point de Mac-Burney. Constipation, simplement fécale. Température : matin 37°5 ; soir 38°8.

Le 28, consultation à deux, à neuf heures du matin. La localisation se fait plus nette. Légère hyperesthésie cutanée, douleur à la pression, point maximum à deux travers de doigt en dehors et en dessous du point de Mac-Burney.

Très légère submatité à la percussion, juste au-dessus de l'arcade crurale, sauf un espace grand comme la paume de la main. Le ventre est légèrement ballonné. L'ictère et la constipation persistent. La dysurie est très marquée, la sonde a dû être employée dans la nuit. Température 37°5 ; pouls 88.

Le diagnostic d'appendicite s'impose à la discussion mais ne peut être posé d'une manière ferme. On administre l'huile de ricin à doses réfractées. Le soir, température 38°8 ; pouls 100. Apparition d'une vague tuméfaction dans la région appendiculaire. Sonorité superficielle, submatité profonde indiquant l'interposition de l'intestin, entre la paroi et le foyer probable. Douleur constante, le diagnostic se précise. On applique dès ce moment la glace en permanence. Morphine en injections.

Le 1er mars, consultation à quatre. Les symptômes généraux sont les mêmes que la veille, mais la fièvre a augmenté ; température 39°. Pouls 96. Les symptômes locaux sont de plus en plus accusés. On constate dans la fosse iliaque droite, à la vue, une tuméfaction assez bien limitée, aplatie, large comme la paume de la main, à deux travers de doigt au-dessus d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure et en dehors du milieu de cette ligne. Au toucher, la peau est hyperesthésiée ; la tumeur est douloureuse. Elle a le volume d'un gros œuf. Matité à la percussion, mais toutefois sonorité superficielle indiquant l'interposition de l'intestin. La pression dans le flanc, en arrière, n'est pas douloureuse. Mais on réveille une douleur très vive au niveau de la crête iliaque, douleur névralgique, dont le nerf petit abdomino-génital est le siège.

Le diagnostic d'appendicite n'est plus douteux, et les symptômes ci-dessus décrits permettent de le préciser de la façon suivante : le foyer est très probablement rétro-cœcal, il est bien limité et des adhérences l'ont vraisemblablement exclu de la grande cavité péritonéale. De plus, il évolue d'une façon marquée vers l'arcade crurale et se comporte comme un phlegmon de la fosse iliaque interne, ce qui permet d'espérer qu'on pourra aller à sa rencontre par l'incision de la ligature de l'iliaque externe, et en décollant le péritoine sans l'ouvrir (1). Cette dernière considération permet même de surseoir à l'intervention immédiate. Toutefois, on se tient prêt à opérer à la première alerte, et une surveillance active est instituée. Le pouls et la température sont pris toutes les deux heures et l'examen local est fréquemment et minutieusement pratiqué.

Entre temps, l'huile de ricin a occasionné des évacuations abondantes de matières semi-liquides, sans caractères spéciaux, et dans la journée une accalmie remarquable des symptômes généraux se produit. La température tombe à 37°5, le malade se sent mieux, la nuit est bonne, mais le pouls se tient à 92.

Le 2 mars, au matin, l'opération est décidée pour le lendemain matin, sauf à être pratiquée plus tôt et d'urgence si la plus petite indication nouvelle apparaît. Mêmes symptômes que la veille. La température se tient autour de 38°, la tumeur a légèrement augmenté de volume. Pas d'accélération du pouls. Pas de nausées ; pas de vomissements. Il n'y en a jamais eu d'ailleurs, sauf le premier jour. Facies relativement bon, non péritonéal ; persistance de l'ictère, la journée et la nuit se passent sans incident.

Le 3 mars, à neuf heures du matin, opération pratiquée par M. le professeur DUBAR.

Le malade étant endormi, rasé, aseptisé, et le champ opératoire entouré de serviettes bouillies, une incision de dix-sept centimètres, passant par le point culminant de la tumeur, est conduite parallèlement à l'arcade crurale. Section couche par couche de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'aponévrose, de la lame musculaire, du tissu cellulaire sous-péritonéal, et hémostase soigneuse. Puis essai de décollement du péritoine, en refoulant en dedans le cœcum qui transparaît, de façon à ouvrir la collection le long du bord externe du cœcum et en dehors du péritoine ; mais cet essai est d'abord infructueux. Il faut ouvrir le péritoine, reconnaître le cœcum, aller sentir la tumeur qui excède légèrement en dedans les limites de son bord interne. A ce moment, la main intra-péritonéale ayant trouvé le foyer, le soutient, tandis que de nouvelles tentatives sont reprises hors du péritoine, le long du bord externe du cœcum, lequel est soulevé, refoulé, renversé en dedans, jusqu'à ce que soudain l'abcès crève. Il s'écoule, dans une assiette flambée et disposée d'avance, 200 gr. environ d'un pus jaune roussâtre, strié de sang, mêlé de grumeaux, abominablement fétide. L'évacuation est tout entière extra-péritonéale. Quand elle est complète, les doigts vont par l'ouverture du foyer rechercher l'appendice, le découvrent sous le cœcum, l'attirent au dehors. Ligature de l'appendice au ras du cœcum, section au thermo-cautère. L'appendice tuméfié et congestionné, porte à 1 centimètre de son extrémité libre une ulcération irrégulière, déchiquetée, où passerait un pois. Il ne contient que du pus, et pas de corps étranger.

Drainage du foyer avec un double tube de PÉRIER. Fermeture du péritoine ; suture plan par plan de la paroi. Vaste pansement à la gaze iodoformée et à la ouate stérilisée.

Le malade est reporté dans un lit chauffé et fait très bien sa réaction. Réveil facile, sans nausées, sans hébétude. Sueurs abondantes. Sensation de mieux-être. Quelques heures après l'opération, la température est à 37°3.

La nuit suivante est agitée. Pas de sommeil. Le pouls monte à 100, la température à 38°. Météorisme et tranchées très douloureuses. Mais dès le lendemain, aussitôt après le premier pansement, le pouls tombe à 68, la température revient à la normale, et depuis ce moment la convalescence a régulièrement suivi son cours, retardée seulement par des éliminations de fils.

Dès l'opération, la dysurie a cessé et les urines sont devenues normales. Le retour des fonctions digestives et des forces s'est fait graduellement. L'ictère s'est effacé petit à petit en dix ou douze jours. A noter seulement, sans doute sous l'influence de l'intoxication, un ralentissement remarquable du pouls qui, en trois ou quatre jours, était descendu aux environs de 48, et s'est tenu à ce rythme très lent, sans irrégularités d'ailleurs ni symptômes cardiaques, pendant trois semaines.

III

Cette observation représente un cas type et très complet de la forme commune de l'appendicite. En quelques points elle s'écarte de la description classique, et il peut toutefois en résulter des discussions intéressantes, surtout en ce qui concerne le moment de l'intervention. Nous passerons rapidement sur les faits secondaires pour insister sur les symptômes les plus intéressants et sur la question du traitement. Nous ne prétendons pas, bien entendu, résoudre définitivement cette dernière question. Nous comptons seulement amorcer, au sein de cette Société, une discussion qui ne peut être qu'instructive et féconde.

Le début, la fièvre, le pouls.— Contrairement à l'assertion trop exclusive de M. le Professeur DIEULAFOY qui dit « Les sujets frappés d'appendicite n'ont pas de passé intestinal (1) », notre malade avait, lui, un passé intestinal et cela, sans nul doute, a contribué à retarder le diagnostic.

(1) Voir figure.

(1) Acad. de Médecine, séance du 28 février 1899.

De plus, le début a été celui d'une crise de coliques hépatiques. Dans les premières heures, tout au moins, il n'y avait rien du côté de l'appendice. Tout paraissait se passer au niveau du foie. Nouvelle cause d'incertitude, au moins dans les premiers moments. Enfin, quand les symptômes appendiculaires ont apparu, la douleur n'a pas eu son maximum au point de MAC BURNEY, mais *en dehors* et *au dessous* de ce point.

La marche de la température est intéressante, surtout en ce qu'elle a traduit, le jour où le purgatif a produit son effet, la fameuse « accalmie traîtresse » sur laquelle insiste tant M. DIEULAFOY. On sait maintenant que c'est quelquefois au moment où le malade semble ressusciter qu'il est le plus près de la mort. Cette accalmie trompeuse, il suffit, pour ne pas s'y laisser prendre, d'interroger minutieusement le pouls qui donne des indices bien plus précieux que le thermomètre et les sensations du malade. Si le pouls se maintient rapide, à plus forte raison s'il s'accélère graduellement et sans rémission, quoi qu'il arrive d'ailleurs, la mort est proche ; et là, comme dans les contusions de l'abdomen (MOTY), c'est au pouls qu'il faut demander la principale indication à une intervention prompte.

L'ictère. — L'ictère est un symptôme important, surtout pour le pronostic, et c'est encore à M. le Professeur DIEULAFOY que nous en devons l'étude. D'une façon générale, il mesure la gravité de la toxi-infection, mais sa nature et sa signification varient suivant le moment de son apparition. *Au début* de la crise appendiculaire, c'est un ictère par intoxication, ce n'est pas un ictère vrai. Il traduit une adultération légère de la cellule hépatique et s'accompagne d'urobilinurie ; fréquemment, il existe une albuminurie concomitante, signe de l'adultération du rein. L'ictère qui apparaît *sur le déclin* de la crise, ou même *pendant la convalescence*, est un ictère vrai, un ictère infectieux se déclarant quelquefois avec violents frissons, grands accès de fièvre et augmentation de volume du foie. Cette dernière forme, qui peut aussi apparaître dès le début, est d'une gravité extrême. Elle traduit l'infection du foie par des embolies microbiennes, parties de l'appendice et véhiculées par la veine porte. Des abcès du foie, petits et multiples, se déclarent, et le malade, même guéri de son appendicite, succombe du fait de cette complication.

La distinction entre l'ictère vrai, par infection, et l'ictère faux, par intoxication, basée sur la présence de l'urobilinurie dans le dernier cas, ne nous paraît pas suffisamment établie pour qu'on puisse toujours trancher la question en clinique, attendu qu'il suffit d'exposer à l'air une urine normale pour que de l'urobiline y devienne décelable. L'augmentation de volume du foie ne suffit pas non plus pour faire affirmer l'ictère infectieux, puisque, dans notre cas, le foie a été gros et l'ictère bénin, simplement toxique par conséquent. Nous attachons beaucoup plus d'importance au moment où l'ictère apparaît. S'il ouvre la scène, il y a de grandes chances pour qu'il n'exprime qu'une intoxication hépatique. S'il se montre au déclin de la maladie, avec reprise de la fièvre, l'ictère devra faire redouter l'infection et la suppuration du foie, et motivera un pronostic beaucoup plus sombre.

La dysurie. — Les symptômes urinaires au cours de l'appendicite ont fait l'objet d'une thèse toute récente inspirée par M. DURET. Dans ce travail (1), l'auteur montre la fréquence des complications de l'appendicite, et les rattache : 1° à la péricystite ou à la cystite, avec ou sans communication fistuleuse, observables lorsque le cæcum se trouve, ce qui n'est pas rare, dans le petit bassin et que l'appendice touche la vessie ; 2° à des phénomènes purement réflexes, lorsque le foyer appendiculaire est trop loin de la vessie pour déterminer sur elle des lésions organiques. Les symptômes observés sont variables et vont de la simple *dysurie*, avec pollakiurie et ténesme, à la *rétention* complète, et à la *pyurie* quand le foyer s'ouvre dans la vessie. Nous croyons qu'on pourrait invoquer une troisième cause possible quand il s'agit, comme chez notre malade, d'une dysurie peu intense. Des urines très acides et très chargées d'urates peuvent en effet suffire à provoquer ce symptôme. Nous nous souvenons d'un malade atteint d'œdème rhumatismal de la cuisse et qui éliminait des urines tellement acides, qu'elles lui procuraient de véritables phénomènes de cystite. Chez notre malade actuel, dont le foyer appendiculaire était trop loin de la vessie pour retentir sur elle directement, l'extrême acidité des urines a pu suffire à causer la dysurie qu'il a présentée pendant quelques jours.

L'intervention. — Il y a peu de problèmes thérapeutiques qui aient donné lieu à des discussions aussi passionnées. L'Académie de médecine et la Société de chirurgie ont consacré une longue série de séances à l'étude du traitement de l'appendicite. A quel point en est aujourd'hui cette difficile question, et quelle ligne de conduite tirerons-nous des opinions si diverses émises sur ce point ?

Le problème est double : 1° Faut-il opérer l'appendicite ? 2° Quand faut-il opérer l'appendicite ?

1° M. le Professeur DIEULAFOY a mené en faveur du traitement chirurgical une vigoureuse campagne, et l'on peut dire que les observations démonstratives qu'il a apportées, le faisceau d'arguments qu'il a développés avec l'éloquence d'une conviction ardente, rendent particulièrement probante sa manière de voir. Pour M. DIEULAFOY, il n'y a qu'un traitement, c'est l'opération. « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. » Entendons par là qu'il serait

(1) MASSON, *Etude des complications vesicales de l'appendicite*, Paris, 1899.

dangereux de demander aux seuls moyens médicaux la guérison de l'appendicite, et de s'obstiner dans tous les cas à les employer à l'exclusion de tout autre. Mais cela ne veut pas dire que ces mêmes moyens médicaux, glace et opium, ne soient pas des adjuvants utiles, lorsque, par exemple, un diagnostic hésitant fait différer l'intervention Par eux-mêmes ils ne sont pas nuisibles ; ce qui serait nuisible, c'est l'inaction à laquelle ils pourraient servir d'excuse.

Nous n'insisterons pas sur cette première partie du problème. Les contradictions d'abord rencontrées par M. Dieulafoy nous semblent avoir été victorieusement combattues et le plus grand nombre de ses adversaires se sont rangés à son opinion, parfois subitement, et à l'occasion d'un fait qui venait leur démontrer le bien fondé de la doctrine interventionniste (La lettre de M. Gérard-Marchant). Aujourd'hui et définitivement, on peut le dire, l'appendicite est une maladie chirurgicale.

2° Mais si tout le monde est d'accord sur la nécessité de recourir tôt ou tard au bistouri, les divisions commencent quand il s'agit de déterminer le moment de l'opération. Une appendicite opérée *au moment voulu*, dit M. Dieulafoy, devrait toujours guérir. Mais quel est ce moment voulu ? Sera-t il le même dans tous les cas ? Arriverons-nous toujours à temps pour le saisir ? Pour M. Dieulafoy, c'est avant tout la précocité de l'opération qui fait le succès (1). « Quand l'appendicite a un début bruyant, douloureux, fébrile, qu'elle acquiert en quelques heures une très vive intensité », il faut opérer *tout de suite*. « C'est en pareil cas que l'opération renvoyée au lendemain peut coûter la vie au malade, car la terrible toxi-infection aura eu le temps de se généraliser. » Si l'appendicite a un début « peu bruyant, peu douloureux, peu ou pas fébrile, l'opération pratiquée le *second jour* est encore faite en temps voulu. » Ne pas tarder davantage, car ces appendicites, sous des apparences bénignes, n'en aboutissent pas moins à des accidents redoutables et parfois mortels. « En résumé, pour mettre tous les atouts dans son jeu, 24 heures me paraissent être le délai maximum pour les appendicites d'apparence grave, et 36 heures pour les appendicites d'apparence légère. »

Il est incontestable, et les résultats le démontrent, que l'opération précoce est celle qui doit donner les meilleurs résultats. Le cas idéal, le voici : un sujet est pris subitement des symptômes *typiques* de l'appendicite. Appelé dans les premières heures, le médecin se trouve en présence de la triade pathognomonique : *douleur appendiculaire* (point de Mac Burney), *défense musculaire, hyperesthésie cutanée* ; il n'y a pas de passé intestinal pouvant faire errer le diagnostic (typhlo-colite) ; la brusquerie des accidents éloigne la pensée d'une fièvre typhoïde ; la douleur n'a acquis que graduellement, en une ou plusieurs heures, toute son intensité, et l'hypothèse de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, dont la douleur est soudaine, en coup de poignard (Dieulafoy), est de ce chef écartée. Bref le diagnostic est *d'emblée* certain. On opère tout de suite. Le malade, encore peu ou pas intoxiqué, encore peu ou pas affaibli, est dans les meilleures conditions. On tombe sur un appendice turgescent, enflammé, non encore perforé, fixé par quelques adhérences glutineuses, mais facile à libérer et à réséquer. Il n'y a pas d'abcès à évacuer. L'acte opératoire facile, rapide, est réduit à son minimum... Si tous les cas étaient pareils, « on ne mourrait plus d'appendicite. »

Mais tous les cas ne sont pas pareils. Dans la pratique, mille difficultés surgissent : D'abord il n'arrive pas que le médecin soit toujours appelé dès les premiers moments. C'est quelquefois après plusieurs jours qu'on se décide à le faire venir, surtout dans les cas à allures bénignes, et les malades qui viennent se faire soigner à l'hôpital n'y entrent le plus souvent qu'au troisième, quatrième, cinquième jour... Et quand le médecin est appelé, le diagnostic n'est pas toujours d'emblée facile. Les signes peuvent, au moins au début, être très obscurs, être très trompeurs. D'autres affections peuvent en imposer pour l'appendicite, l'entéro-colite, par exemple. Le diagnostic en est facile, nous dit M. Dieulafoy : « le sujet pris d'une crise d'entéro-colite a un passé intestinal ; il est sujet depuis des mois et des années à des dérangements intestinaux. Le sujet atteint d'appendicite n'a pas de passé intestinal ; il est presque toujours, pour ne pas dire toujours, pris dans le cours d'une excellente santé (1). » Or. ce diagnostic n'est pas toujours si simple. Notre malade avait un passé intestinal. Théoriquement, il avait plus de droits à une entéro-colite qu'à une appendicite, et faute d'autres signes (lesquels se sont fait attendre), c'est à la première affection que nous devions penser. De fait, notre embarras a duré 48 heures.

Dira-t-on que dans le doute il ne faut pas s'abstenir, et faut-il que le bistouri précède le diagnostic ? Nous ne le pensons pas, là pas plus et encore moins qu'ailleurs. Une trop grande facilité à intervenir fait commettre des fautes qu'une investigation minutieuse n'eût pas manqué de faire éviter. M. Tuffier rapportait récemment l'observation d'une femme qui présentait de la fièvre et de la douleur de la fosse iliaque droite. Le chirurgien ouvrit le ventre et tomba sur un appendice sain. Peu après, le séro-diagnostic démontrait que la malade était atteinte de fièvre typhoïde. Et en effet, fièvre et douleur de la fosse iliaque droite, cela veut dire aussi bien typhoïde qu'appendicite. Il arrivera donc en pratique, par la force des cho-

(1) Acad. de Médecine, Séance du 14 mars 1899.

(1) Acad. de Méd., 28 février 1899.

ses, que le délai de trente-six heures proposé par M. Dieulafoy se trouvera dépassé. Que faire alors ?

Beaucoup de chirurgiens pensent qu'il faut toujours opérer dès que le diagnostic est posé, et ne regretter qu'une chose, c'est de n'avoir pas pu le faire plus tôt (1). Toutefois, par le fait de la temporisation involontaire (médecin appelé tard, diagnostic hésitant) qui l'aura laissée évoluer, l'appendicite a pris une physionomie clinique qui permet d'adopter une ligne de conduite différente suivant les cas. Il existe deux grandes modalités, entre lesquelles se placent tous les intermédiaires : l'appendicite est aiguë ou subaiguë.

1° L'appendicite est aiguë : l'état général est grave, le facies péritonéal ; il existe des vomissements ; il y a de la fièvre ; le pouls est petit et rapide, il monte sans rémission à 100, à 110, à 120, et plus ; le ventre est ballonné et partout douloureux, la localisation appendiculaire est nette, grâce à la triade douloureuse, mais l'empâtement est vague, imprécis, mal limité. Bref, c'est le tableau de la péritonite qui domine la scène. Dans de tels cas, il faut opérer *toute affaire cessante*. On n'arrive jamais assez tôt, et plus on sera près du début des accidents, plus on réduira les chances de mort. L'intervention immédiate, telle est la règle absolue.

2° L'appendicite est subaiguë : l'état général est bon, le malade ne vomit pas, il y a peu ou pas de fièvre. Le pouls est plein et large, et quoique plus rapide qu'à l'état normal, il ne subit pas d'accélération croissante. La localisation appendiculaire est des plus nettes, on constate un *gâteau* d'induration, une tuméfaction aplatie bien circonscrite. Dans de tels cas, les plus radicaux consentent à la temporisation, mais *sous le contrôle d'une surveillance attentive* ; car, de nombreuses observations en font foi, des appendicites en apparence bénignes prennent quelquefois une allure de gravité foudroyante.

Telle est l'opinion de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Berger, Segond, autant dire de presque tous les chirurgiens, car voici ce que disent quelques-uns des plus radicaux (2). Hartmann : « Je n'ai recours au traitement médical que lorsque l'appendicite évolue spontanément vers la guérison, ou s'il existe un *gâteau* inflammatoire qui tend de jour en jour à disparaître. » Quénu : « Dans le cas d'appendicite subaiguë, il arrive souvent que je temporise. » Tuffier : « Appelé dans les douze premières heures, j'interviens toujours. Un peu plus tard, si je constate l'existence d'un *gâteau*, et si je suppose que l'affection est en voie de guérison, je laisse de côté le bistouri. » Schwartz : « Je n'ai pas recours à l'opération si le pouls reste régulier, la respiration large, et s'il n'y a ni ballonnement du ventre, ni constipation opiniâtre, le traitement médical réussit dans la majorité de ces cas pour lesquels l'opération à froid pourra être faite plus tard », etc.

Il semble donc que si les accidents généraux ne sont pas menaçants, on peut surseoir momentanément à l'opération. Quels sont les avantages de cette temporisation ? La plupart des auteurs estiment que l'opération est moins dangereuse à froid qu'à chaud, et qu'elle sera à tous égards plus facile quand l'orage inflammatoire sera calmé. Cette considération a son importance, mais il reste entendu qu'elle ne vient qu'en seconde ligne, qu'on n'escompte les avantages de l'opération retardée, que si des indications impérieuses n'obligent pas à passer outre aux difficultés présentes.

Une autre considération, croyons-nous, justifie l'expectation (l'expectation *armée*, toujours), c'est la suivante. Dans l'immense majorité des cas, le foyer est rétro-cœcal. S'il évolue, comme chez notre malade, vers le pli de l'aine, s'il se comporte comme un phlegmon de la fosse iliaque interne, plus on attendra, plus on aura de chances de pouvoir l'ouvrir en s'insinuant sous le péritoine pariétal, en refoulant sans le léser, ce péritoine si facilement décollable à cet endroit (Voir fig., l'érigne amorçant ce décollement). Cette considération n'est pas négligeable. Il n'est pas indifférent d'ouvrir ou non le péritoine, quand on va crever, dans son voisinage, un abcès d'une abominable virulence, et l'abcès se trouvera d'autant plus isolé du péritoine que des adhérences plus fortes auront eu le temps de s'établir. C'est à des cas de ce genre que nous réserverions plus volontiers la temporisation prudente, telle que M. Dubar l'a instituée dans le cas actuel.

Le résumé de tout ceci, c'est que la conduite du chirurgien sera toujours délicate : faire un diagnostic précoce, apprécier à son exacte valeur la gravité du cas qui se présente, voilà les éléments capitaux du problème. Si l'on arrive tôt, si le diagnostic s'impose d'emblée, le mieux est d'opérer tout de suite. Plus tard, on s'inspirera des circonstances, on pèsera avec soin les avantages de la temporisation, si l'état du malade permet qu'elle entre en ligne de compte. Mais on ne temporisera que le bistouri à la main et au prix d'une surveillance de tous les instants.

A chaud ou à froid, mieux vaut, croyons-nous, opérer toutes les appendicites. Les guérisons sont le plus souvent trompeuses, le malade prétendu guéri est menacé de récidives qui peuvent le surprendre à un moment où l'opération ne sera pas possible. En définitive, la difficulté ne porte que sur l'appréciation du « moment voulu » de l'opération. Mais tôt ou tard, suivant les cas, le dernier mot appartient au chirurgien.

---

(1) Robert T. Mooris *Quand faut-il opérer l'appendicite ?* Anal. par Alvernhe ; in Arch. de Méd milit., juin 1899.

(2) Société de Chirurgie de janvier à mars 1899.

Deux cas de stercorémie pendant les suites de couches

par le Docteur M. Oui,
Professeur agrégé d'accouchements à l'Université de Lille

Il est de notion vulgaire que la constipation est fréquente pendant les suites de couches. Il est rare, même, qu'une nouvelle accouchée aille spontanément à la selle, et la plupart, pour exonérer leur intestin, doivent recourir aux lavements ou à quelque laxatif. Le plus souvent, heureusement, on vient facilement à bout de cette constipation qui, même persistante, ne donne lieu à aucun accident. En revanche, dans certains cas, on voit se produire, sous l'influence de cette accumulation dans l'intestin, de matières stercorales, une hyperthermie très notable, très inquiétante pour l'accouchée et pour son entourage, j'ajouterai, même, pour le médecin. Dans certains traités classiques d'accouchements, il n'est même pas fait allusion à ces accidents; d'autres auteurs leur consacrent à peine quelques lignes.

Bien plus, dans un ouvrage récent (1), MM. Pinard et Wallich négligent, de parti-pris, le diagnostic différentiel entre la stercorémie et l'infection puerpérale : « Seule la température témoigne d'un état anormal ; le thermomètre marque 37,8, 38, 38,5 ou même au-dessus ; le pouls est fréquent, et sa fréquence est souvent en rapport avec le degré d'infection. Il faut se garder alors de croire à la fameuse fièvre de lait d'autrefois ou à la stercorémie ; il faut poser le diagnostic d'infection, tout de suite, même, s'il y a doute, et agir en conséquence... »

Je ne conteste pas que cette formule soit vraie dans la très grande majorité des cas; mais elle est trop absolue. MM. Pinard et Wallich, craignant de voir leurs lecteurs méconnaître l'infection puerpérale à son début et apporter dans son traitement un retard préjudiciable aux malades, ont éliminé la stercorémie qui est relativement rare. Cependant, cette stercorémie existe d'une façon indubitable et la méconnaître serait s'exposer à mettre en œuvre fort inutilement le traitement de l'infection puerpérale, inoffensif, il est vrai, entre des mains expérimentées... et propres, mais qui peut être très nuisible lorsqu'il est pratiqué dans des conditions défectueuses.

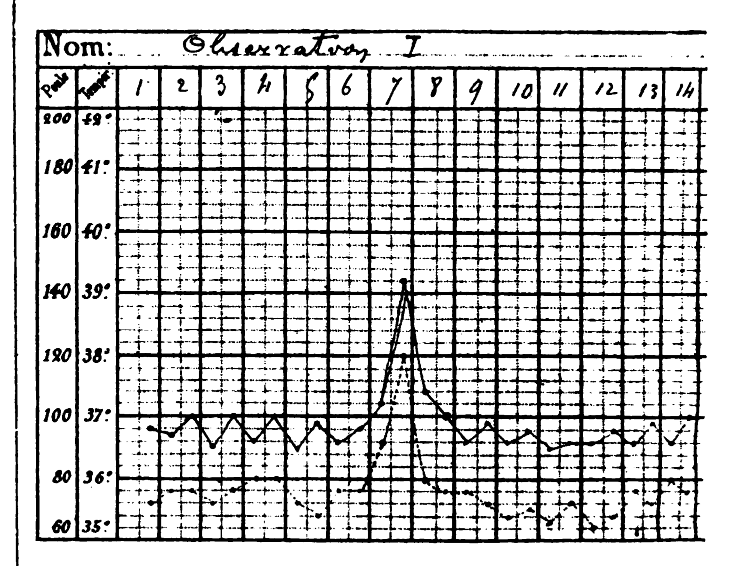
Avant de revenir sur cette question du diagnostic, je désire exposer deux observations qui me paraissent présenter quelque intérêt.

Observation I. — Mme X... enceinte pour la première fois au début de l'année 1897, a fait, à ce moment, un avortement de deux mois et demi. A la suite de cet avortement, elle a été atteinte de métrite hémorrhagique et a subi en novembre 1897 un curettage et une amputation du col (procédé de Schrœder) pratiqués par M. le Professeur Dubar. Les suites de l'intervention furent absolument normales sauf une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme pendant quinze jours.

La menstruation s'était rétablie, très régulière. Les dernières règles se montrèrent du 23 au 27 mai 1898.

Le 17 mars 1899, à cinq heures du matin, le travail commençait. L'enfant présentait le sommet, en G A. A midi et demi, la dilatation était complète. Je rompis les membranes et à deux heures, naissait une belle fille de 3,955 gr.

Du 17 au 21 mars inclus, l'accouchée eut une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme répété deux fois par jour, après quoi, les mictions spontanées reparurent régulières et indolores. A partir du 20 mars, aucune selle ne se produisant spontanément, j'avais fait administrer tous les jours un lavement glycériné; mais les selles ainsi obtenues avaient toujours été très peu abondantes. L'état général était parfait, l'appétit excellent; la montée laiteuse avait été abondante ; la température n'avait pas dépassé 37° et le pouls était resté normal.



Le 23 mars (7e jour après l'accouchement), la température matinale était de 37°2, le pouls battait à 96 à la minute et l'accouchée se plaignait d'une céphalée légère. Le ventre était indolore, souple ; l'utérus involuait régulièrement ; les lochies étaient normales et je ne constatai rien de particulier du côté des seins. Le soir, la température était à 39°2, le pouls à 120 ; la céphalalgie avait considérablement augmenté. Le ventre était toujours indolore, mais légèrement météorisé.

J'ordonnai d'administrer le soir même 30 grammes d'huile de ricin, qui amenèrent dans la nuit *trois selles horriblement fétides*. Le lendemain, la température n'était plus qu'à 37°4 le matin et 37° le soir et se maintint normale, ainsi que l'indique le tracé ci-joint. Mais la rétention d'urine se reproduisit et dura encore pendant six jours.

Observation II. — Mme N..., primipare, a eu ses dernières règles le 14 juillet 1898. Sa grossesse a été normale, sauf une constipation opiniâtre pour laquelle Mme X .. a pris quotidiennement, pendant sept mois, des doses de rhubarbe variant entre 0 gr. 75 et 1 gr. 50. Accouchement spontané le 22 avril 1899. Le travail a duré vingt et une heures. Fille vivante pesant 3,300 gr.

Les 25, 26 et 27 avril, lavements glycérinés qui provoquent des selles peu abondantes composées de matières très dures.

Le 28 avril, douleur légère dans la fosse iliaque gau-

(1) *Traitement de l'infection puerpérale*, 1896.

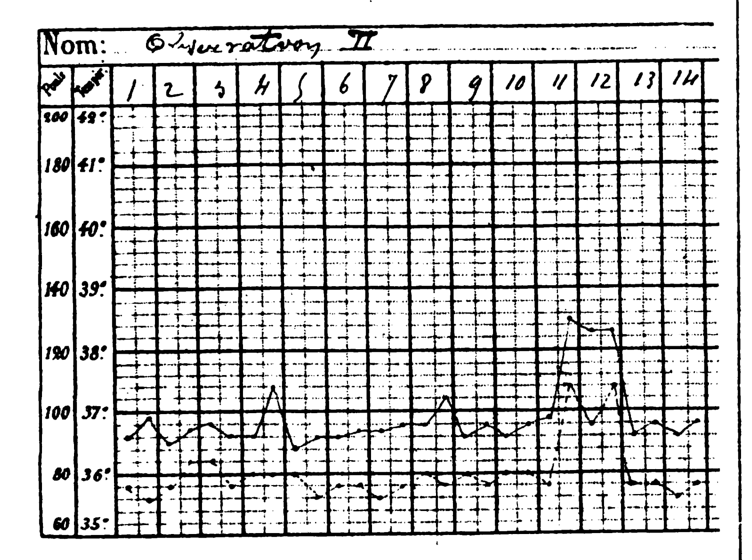
che ; 30 grammes d'huile de ricin sont ordonnés et provoquent deux selles.

Les 29 et 30 avril, le ventre est légèrement ballonné, l'appétit qui, jusque-là, s'était maintenu bon, a presque complètement disparu. Les lavements sont rendus à peine colorés.

Le 1er mai, lavement avec un litre d'huile d'olives qui est rendu intact après avoir été conservé quelques heures.

Le 2 mai, empâtement douloureux dans tout le flanc gauche, le long du côlon transverse. 30 grammes d'huile de ricin sont ordonnés ; mais aucun effet n'est obtenu.

Le 3 mai, devant la persistance de cette constipation et l'échec des moyens employés, je prescris 20 grammes de



teinture de jalap. Le soir, après de violentes coliques et sans qu'il y ait eu aucune selle, la température monte à 38°5, le pouls à 108.

Le 4 mai, lavement d'huile, toujours sans résultat. La température est à 38°3 le matin et le soir, le pouls à 96 et 108.

Le lendemain, 5 mai, la température revient à la normale. Dans la journée, trois lavements d'eau bouillie chaude, de 500 grammes chacun, sont administrés. Ils ramènent quelques débris durs. Les lavements sont continués le 6 et le 7 mai et c'est alors, seulement, que se produisent des selles abondantes en même temps que l'empâtement douloureux du flanc gauche disparaît définitivement.

Les suites de couches ont été, à partir de ce moment, parfaitement régulières.

Pour analogues qu'ils soient, les deux cas que je viens d'exposer n'en présentent pas moins des dissemblances importantes.

Dans le premier cas, en effet, la fièvre s'est montrée le septième jour après l'accouchement, alors qu'il n'y avait pas eu constipation absolue et que, depuis trois jours, l'accouchée avait eu quotidiennement une selle peu abondante.

Dans le second cas, ce n'est que le onzième jour, à la suite d'une constipation *complète* et prolongée et après absorption d'un purgatif drastique, que l'hyperthermie s'est produite.

Chez la première malade, le premier trouble causé par la constipation a été la fièvre ; chez la seconde, au contraire, une constipation prolongée, donnant lieu à du tympanisme abdominal et à de la douleur, n'avait pas produit d'hyperthermie et il a fallu, pour amener la fièvre, l'ingestion d'un purgatif qui, en irritant l'intestin et en liquéfiant partiellement les matières qu'il contenait, a favorisé l'absorption des toxines.

Le point commun, c'est l'apparition tardive des phénomènes fébriles (septième et onzième jour) et c'est là un des points importants qui différencient, dans une certaine mesure, la stercorémie de l'infection puerpérale.

Dans l'infection puerpérale, en effet, c'est généralement du deuxième au quatrième jour que la fièvre apparaît. Les infections tardives sont rares et ne se produisent guère que dans les cas où on a fait ou laissé faire par une garde des injections vaginales pendant les suites de couches. C'est une méthode que j'ai, pour ma part, abandonnée complètement et, dans ces deux cas, je ne pouvais attribuer à une inoculation septique datant du moment de l'accouchement une hyperthermie aussi tardive. Ce fut sur cette circonstance, en même temps que sur la constatation de l'intégrité des organes génitaux et de l'involution régulière de l'utérus que je pus baser mon diagnostic de stercorémie.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et la fièvre peut apparaître, causée par la stercorémie, le troisième jour après l'accouchement et même pendant le travail (1).

Le diagnostic peut, alors, être réellement très délicat, surtout si on ne constate pas nettement, comme BUDIN l'a fait et comme j'ai pu le faire dans l'observation n° II, une tuméfaction douloureuse dans la région du cœcum ou de l'S iliaque.

C'est dans ces cas, lorsque le diagnostic reste douteux et qu'il serait téméraire de conclure entre la stercorémie et l'infection puerpérale, qu'il ne faut pas hésiter, selon la formule de MM. PINARD et WALLICH, à appliquer sans retard le traitement de l'infection et à pratiquer une injection intra-utérine antiseptique. Une erreur qui aurait pour conséquence de faire traiter par des purgatifs une infection puerpérale au début serait, en effet, extrêmement préjudiciable à la malade. Dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. Il faut combattre et l'infection possible et la constipation.

Mais, lorsque le diagnostic de stercorémie a été posé, et il peut l'être, dans certains cas, sans grosse difficulté, ce serait une faute que de pratiquer une injection intra-utérine, cette petite opération n'étant pas toujours inoffensive et étant alors complètement inutile.

Il ne faut donc pas négliger, au cours des suites de couches, le fonctionnement de l'intestin. Il ne faut pas, surtout si la fièvre est tardive, porter, sans autre examen, le diagnostic d'infection puerpérale. Dans cette période, lors-

(1) BUDIN. — *Femmes en couches et nouveau-nés.*

qu'une hyperthermie se produit, on ne néglige pas d'examiner les seins ; on ne doit pas négliger davantage le fonctionnement de l'appareil digestif et il faut se rappeler que la stercorémie peut se produire même dans les cas où l'accouchée, tout en ayant une selle quotidienne, est, vu le peu d'abondance des évacuations, en état de constipation incomplète.

VARIÉTÉS

Influence des odeurs respirées par les vaches sur la qualité de leur lait

Les Annales de médecine vétérinaire donnent sur cette question d'hygiène alimentaire si importante un très intéressant travail résumé par les *Annales d'hygiène*. — Il n'est peut-être aucun autre liquide qui soit plus sensible que le lait à l'action des odeurs répandues dans le milieu où il se trouve déposé après la mulsion. Le lait absorbe singulièrement les odeurs et les substances volatiles. Ainsi, un soir, on laisse dans une chambre de malade un bol plein de lait placé non loin d'un flacon mal bouché contenant de l'eau de goudron, le lendemain le lait a une forte odeur de goudron.

Le même fait s'est produit sur une tasse de lait déposée dans le voisinage d'essence de térébenthine. Le lait n'était plus buvable. Il n'est pas douteux que le lait ne possède un pouvoir d'absorption considérable. Au reste, on a voulu savoir à quoi s'en tenir à cet égard et l'on a placé à côté de jarres de lait des pots renfermant des matières odorantes. Puis huit heures après, on a goûté à ces laits. Les résultats sont les suivants :

Le gaz de houille donne au lait une odeur très distincte ; la térébenthine, une odeur très forte ; les oignons, très forte ; la fumée de tabac, très forte ; l'assa fœtida, très distincte ; le poisson pourri, très mauvaise ; le camphre, modérée, etc. Les échantillons de lait conservent leur odeur pendant quatorze heures.

La conclusion, c'est qu'étant donné ces propriétés absorbantes, il est bon d'éloigner le lait des chambres de malades et de ne jamais boire le lait qui a séjourné près d'une personne atteinte de maladie microbienne.

Tout le monde sait, d'autre part, que les aliments consommés par les vaches influent non seulement sur la composition du lait, mais sur son odeur, son goût, son arome et parfois sa couleur. Mais ce qu'on ignore généralement, c'est que le lait s'altère dans le pis même, lorsque les vaches respirent un air chargé de particules odorantes ou de gaz désagréables.

Le *Journal de la Société royale d'agriculture d'Angleterre* contient, sur ce sujet, un travail du Dr Viet, qui rapporte le fait suivant, d'origine américaine : douze vaches du troupeau d'une ferme passaient à une certaine distance du cadavre d'un veau abandonné au bord du chemin, pour se rendre à l'endroit où s'effectuait la traite ; elles aspiraient donc chaque fois, pendant quelques instants, un air infect, chargé de miasmes et des germes de la putréfaction. Or, cela suffit pour gâter, non seulement le lait de ces douze vaches, mais encore celui de toutes les autres vaches du troupeau comptant quatre-vingts têtes, avec lesquelles les premières se trouvaient en contact au moment de la traite.

L'enfouissement du cadavre en question fit disparaître l'inconvénient.

Dans une autre circonstance, le lait d'un troupeau de vingt-cinq vaches dégageait une odeur intolérable. En procédant à des recherches en vue de découvrir la cause de cet inconvénient, on finit par découvrir dans un bois voisin la carcasse d'un cheval jetée là au printemps. On enterra ce cadavre et aussitôt le lait redevint normal.

Les praticiens n'ignorent pas que quand on désinfecte une étable à l'acide phénique, il faut se garder d'y introduire de suite soit des vaches laitières, soit des animaux qui sont destinés à être prochainement abattus. Il a été constaté que le lait de ces vaches, qu'il soit consommé cru ou cuit, provoquait chez l'homme des nausées et des vomissements même. De plus, la viande des animaux abattus possédait une forte odeur de carbol.

Il faut attendre que les vapeurs phéniquées aient disparu et que leur inspiration ne soit plus à craindre avant de pouvoir réintégrer les animaux dans l'étable infectée et désinfectée.

En somme, la grande propreté des étables, la plus grande pureté de l'air qui y pénètre, le renouvellement de cet air, sont des conditions indispensables à la production d'un bon lait.

L'opposition aux premiers chemins de fer.

L'opposition que les constructeurs des premières voies ferrées rencontrèrent nous paraît aujourd'hui bien ridicule. Dans cet ordre d'idées, nous ne connaissons rien de plus grotesque que l'avis formulé, en 1836, par un corps savant, l'Institut médical de Bavière, contre l'établissement de la première ligne d'Allemagne, entre Fuerth et Nuremberg. Voici le texte littéral de la sentence des savants docteurs :

« Le transport des personnes au moyen de voitures mues par la vapeur doit être prohibé dans l'intérêt de la santé publique, parce que leur mouvement rapide ne peut manquer de provoquer des troubles sérieux dans le cerveau des voyageurs. Ces troubles sont de la nature du *delirium tremens*. Dans le cas où des voyageurs persisteraient à en courir le risque, malgré cet avertissement, les simples spectateurs doivent être protégés par tous les moyens possibles. La vue d'un train en marche suffit, en effet, à provoquer les mêmes désordres cérébraux ; cela a été prouvé par l'expérience et par l'observation actuelle.

» En conséquence, les autorités devront insister pour qu'une clôture en planches, ou autres matériaux similaires, d'au moins cinq pieds de haut, soit placée de chaque côté, et tout le long de la voie ferrée. » (*L'Illustration*.)

Une question de protocole ; les médecins aux enterrements.

Le plus souvent, les médecins considèrent comme un privilège professionnel la dispense d'assister aux enterrements. Certains praticiens s'empressent cependant aux enterrements de certains de leurs clients. Il est de coutume d'assister seulement aux enterrements de confrères ou d'amis. Pour le reste, c'est s'exposer, comme on le disait déjà du temps de GUY PATIN, à se faire reprocher de « reporter soi-même son ouvrage. »

(*La Chronique médicale*.)

NOUVELLES & INFORMATIONS

La quatrième session de l'**Association française d'Urologie** se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 19 au 21 octobre 1899, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

La question mise à l'ordre jour est la suivante : *Des hématuries dites essentielles* : M. Malherbe, de Nantes, et Legueu, de Paris, rapporteurs.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Nous apprenons avec la plus vive satisfaction que nos collaborateurs, MM. les professeurs Charmeil et Oui viennent de recevoir les *palmes académiques*. Nous saisissons cette occasion pour adresser à nos collègues nos bien sincères compliments pour la distinction méritée qui leur échoit.

Nous enregistrons avec plaisir que M. le professeur Baudry a été promu officier de l'instruction publique, et que M. Laude, sous bibliothécaire nommé officier d'Académie.

SOUTENANCES DE THÈSE

M. L. Huart, de Paris, a soutenu avec succès, le jeudi 6 juillet, sa thèse de doctorat (5e série, n° 127), intitulée : **Traitement opératoire des flexions utérines par la cunéohystérectomie.**

— M. L. A. Carpentier, externe des hôpitaux, de Wattignies (Nord), a soutenu avec succès, le jeudi 13 juillet, sa thèse de doctorat (5e série, n° 128), intitulée : **Contribution à l'étude des causes influençant le pronostic de la syphilis.**

Sont nommés au grade de *médecin aide-major de deuxième classe*, dans la réserve de l'armée, MM. les docteurs Duval, d'Englefontaine (Nord) ; Huyghe (de Lille) ; Ducroquet (Marcq-en-Barœul) ; Bigot et Makereel (d'Hazebrouck) ; Blanchard (d'Avesnes-les-Aubert) ; Deligny (de Fruges).

Sont nommés au grade de *médecin aide-major de 2e classe*, dans l'armée territoriale : MM. les docteurs Thibout (d'Enghien-les-Bains) ; Debuchy (de Roubaix) ; Delbecque (d'Estaires).

Nous relevons dans la liste des **promotions de la Légion d'honneur** comme intéressant particulièrement la région du Nord, les noms de MM. les docteurs Biéruyck, médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale, de Lille (Nord), et Berthier, récemment envoyé de Dunkerque à l'hôpital militaire d'Amélie les-Bains, promus au grade d'*officier* ; Lacronique, médecin-major de première classe au 3e génie à Arras, nommé au grade de *chevalier*.

Ajoutons que sont promus :

Commandeur : M. le docteur Driout, médecin inspecteur.

Officiers : MM. les médecins principaux Pierrot, Delorme, Jeanmaire, Geschwind ; M. le médecin en chef de la marine Fontirbe ; MM. les médecins-majors de première classe Charbonnier, Perrin, Bayard, Lemoine, Mandoul, Vaugy, Fix, Dufaud, Guillemot, Amat, Atgier, Vilmain, Baur, Petit, Legagneur, Brousse, Godin ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Guégan, Rémy, Poul de Lacoste, Spite, Dupuy, Monnot.

Chevaliers : MM. les médecins de première classe de la marine Grognier, Roby, Aubry, Salanoue-Ipin, Villette, Guilloteau, Reboul ; MM. les médecins de première classe de réserve de la marine Plouzane, Petit ; MM. les médecins-majors de première classe Lemoine et Labit ; M. le médecin-major de deuxième classe Nicolas ; MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée territoriale Salès, de Valicourt, M. le docteur Brenet, à Saint-Martin en Bresse.

Le comité central de vaccine du département du Nord, dans sa dernière séance a arrêté la liste des récompenses décernés aux médecins et sages femmes qui se sont distingués pour la propagation de la vaccine pendant l'année 1898. Nous sommes heureux de pouvoir publier la liste de ces récompenses et d'annoncer en même temps à ceux de nos confrères qui en sont titulaires, que le type de la médaille habituellement distribuée a été changé et qu'ils recevront cette année un véritable objet d'art.

Médaille d'or : M. le docteur Grand, vice-président du comité central de vaccine.

Médailles d'argent de 1re classe : MM. les docteurs Lecocq, de Villers-sire-Nicole ; Delhaye, de Solesmes ; Vallée, de Pecquencourt ; Wemaere, de Wormhoudt ; Tanche, d'Armboutscappel ; Ryckelynck, de Rosendaël ; Smagghe, d'Hazebrouck ; Tavchon, de Valenciennes ; Vincent, de Mouveaux ; Lepers, de Roubaix ; Bigo, d'Haubourdin. — MMmes les sages-femmes Foucart, de Maubeuge ; Marlière, de Cambrai ; Goubet, d'Iwuy ; Leleu, de Raimbeaucourt ; Vermeulen, de Saint-Pol-sur-mer ; Lefebvre, de Mortagne ; Martin, d'Halluin ; Deleporte, de Lille ; Martin, de Lille ; Delanoy, de Lille ; Laurent, de Lille ; Godfrin, de Lille ; Delahousse, de Tourcoing ; Gallet, de Lille ; Dujardin, d'Armentières ; Desplanques, de Tourcoing ; Holvoet, de Roubaix ; Desmet, de Roubaix ; Planque, d'Armentières ; Denal, de Lille.

Médaille d'argent de 2e classe : MM. les docteurs Leblanc, de Cartignies ; Tison, d'Avesnes-les-Aubert ; Wartel, de Nomain ; Houriez, de Lallaing ; Deltombe, de Flines-lez-Raches ; Beyaert, de Loon-Plage ; Ruyssen, de Dunkerque ; Nevejan, de Ghyvelde ; Duriau, de Dunkerque ; Brunet, de Steenbecque ; Blond, de Merville ; Letailleur, de Renescure ; Hornez, de Crespin ; Copin, de Lourches ; Hennart, Richard d'Hérouville, de Lille ; Delcroix, d'Annœullin ; Deroubaix, de Fretin ; Jacqmarcq, de Loos ; Wartel, de Lys-lez-Lannoy ; Mayolle, d'Houplines ; Durasnel, de Bondues ; Desmons, de Ronchin ; Klein, de Wahagnies ; Desprez, de Pont-à-Marcq ; M. Caumartin, interne des hôpitaux de Lille. — MMes les sages-femmes : Cayon, Chotin, de Maubeuge ; Parisse, de Trélon ; Lebeau, de Sars-Poteries ; Monfroy, du Cateau ; Doléay, de Caudry ; Lecerf, d'Avesnes-lez-Aubert ; Collau, de Beauvois ; Honoré, d'Abancourt ; Nepper, de Douai ; Dumez, de Déchy ; Vanbelleghem, de Gœulzin ; Smagge, de Bailleul ; Poulle, de Denain ; Dannoeulin, de St-Amand ; Lemaine, Clos,

Cremer, de Lille ; Dubreucque, de Tourcoing ; Castelain, Maes, d'Armentières ; Lecomte, de Croix ; Beulens, de Roubaix.

Médailles de Bronze : MM. les docteurs Debouzy, de Wignehies, Delgrange, de Landas; Lacmant, de Marchiennes; Lecœuvre, d'Orchies; Huyghe, de Dunkerque; Pascalin, de Saint-Pol-sur-mer; Vanherseecke, de Zeggers-Cappel ; Bécuwe, de Loberghe, Decantère, de Bœscheppe ; Lartisien, de Denain; Descarpentries, de Pérenchies; Boutry, Deléarde, Gérard, de Lille; Toffart, de Frelenghien; Hennart, de Neuville; Bonenfant, de Linselles; Coubronne, de Hem ; Roche, de Chéreng; Pinteaux, de Wavrin; Mizon, de Lomme; Detroy, de Flers; M. Caudron, interne des hôpitaux de Lille. — Mmes les sages-femmes, Mathieu, d'Hautmont; Seulin, de Jeumont; Durand, de Poix, Delattre, de Maubeuge; Leroy, (Emma) de Fourmies; Alliot, de Wignehies; Dubray, de St-Aubert; Claisse, de Quiévy; Boutignié, de Saulzoir; Griffon, de Somain; Dumotier, de Grand-Fort-Philippe; Boucherie, de Nieppe; Crombez, Willebaux, de Bruay ; Flérecq, de Raismes; Delourme, de Wasquehal ; Delcroix, de Tourcoing ; Charlon, Cressent, Thieffry, Godfrind et Tacq, de Lille; Lepez, d'Haubourdin; Vertray de Cysoing; Guilbert, de la Bassée ; Thaon, Derasse, Caux, et Debruyne, de Roubaix.

Nous apprenons également que notre distingué collaborateur M. le professeur agrégé Oui a été nommé secrétaire-adjoint du Comité.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Docteur Angeard, de Mareuil-sur-le-Gay (Vendée).

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire électrothérapique du praticien, par le Docteur L. R. Régnier, chef du laboratoire d'électrothérapie à l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-18 de 256 p. avec 34 figures, cartonné. Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris.

L'électricité tient aujourd'hui une place considérable dans la classe des médications physiques.

Le praticien n'est pas encore suffisamment familiarisé avec cette méthode thérapeutique.

L'enseignement de l'électrothérapie n'est pas encore organisé d'une manière tout-à-fait profitable pour l'étudiant. D'autre part il n'existait pas d'ouvrage en dehors du *Précis d'électrothérapie* du Docteur Bordier, ouvrage excellent, mais s'adressant surtout au spécialiste ou au médecin des grandes villes. Le *Formulaire électrothérapique du praticien* du Docteur Régnier remplit cette lacune : il a volontairement laissé de côté tous les détails physiques inutiles au médecin non spécialiste pour donner au contraire tous les développements nécessaires sur la manière d'appliquer l'électricité, ses indications et ses contre-indications.

Dans la 1re partie, *les Courants électriques*, M. Régnier étudie les appareils nécessaires au praticien pour l'électrodiagnostic et l'électrothérapie, les diverses formes des courants qu'ils fournissent, l'action physiologique de ces courants sur laquelle est basé leur emploi thérapeutique, les méthodes à employer soit pour compléter le diagnostic, soit pour traiter le malade.

Dans la 2e partie, *la Lumière électrique*, il a rassemblé tous les renseignements utiles au médecin sur les divers usages de la lumière électrique pour le diagnostic en médecine, en chirurgie, en gynécologie, en laryngologie, etc.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

27e semaine, du 2 au 8 Juillet 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	8
3 mois à un an	8	9
1 an à 2 ans	4	2
2 à 5 ans	4	1
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	5	3
40 à 60 ans	6	9
60 à 80 ans	8	8
80 ans et au-dessus	2	1
Total	46	43

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	5	8	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	4	»	»	»	»	»	8	15	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	2	1	6	»	»	1	»	»	»	»	»	»	12	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	7	13	35
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	2	5	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	4	2	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3	12	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	2	5	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	1	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	3	9	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	4
Total	»	»	»	»	1	3	»	6	12	3	17	»	»	12	»	»	1	1	»	33	89	125

Nº 132. Troisième Année, Nº 30. Le Numéro : **10** centimes. 23 Juillet 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT
5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de leucodermie

Par le docteur **H. Gros,** de Lourmel (Algérie).

Le nommé Mohamed M'saïb, moissonneur marocain de passage à Lourmel, âgé de 40 à 45 ans environ, originaire du Rif, est venu me consulter le 7 juin dernier, pour des taches blanches disséminées sur toute la surface du corps.

J'ai éprouvé, je dois le dire, quelques difficultés à me faire entendre de cet homme. Il parle assez mal l'arabe. L'indigène qui m'a servi d'interprète ne connaît pas la langue du Maroc et comprend insuffisamment le français. Mon observation est donc nécessairement incomplète en ce qui concerne les indications fournies par le malade.

Voici cependant les quelques renseignements que j'ai pu obtenir.

Les parents de Mohamed sont morts sans avoir jamais présenté d'affections cutanées, ses frères et sœurs sont sains. Lui-même aurait toujours été bien portant, lorsqu'il y a cinq ou six ans, commencèrent à apparaître, au tronc d'abord, des taches rouges semblables à celles que le malade montre actuellement aux avant-bras et aux jambes, taches qui, en guérissant devenaient complètement blanches. Au Rif, cette affection serait, paraît-il, assez commune.

En même temps, ce Marocain aurait senti ses forces diminuer, mais il n'aurait éprouvé ni fièvre ni sensations douloureuses superficielles ou profondes.

Actuellement c'est un homme un peu émacié, ainsi que le montre la photographie ci-jointe.

Cet amaigrissement contraste avec l'embonpoint et le



développement musculaire assez habituels chez les gens de son pays.

La coloration normale de la peau est d'un brun assez foncé. Néanmoins cet individu appartient manifestement à la race blanche, sans mélange, au moins récent, de sang noir.

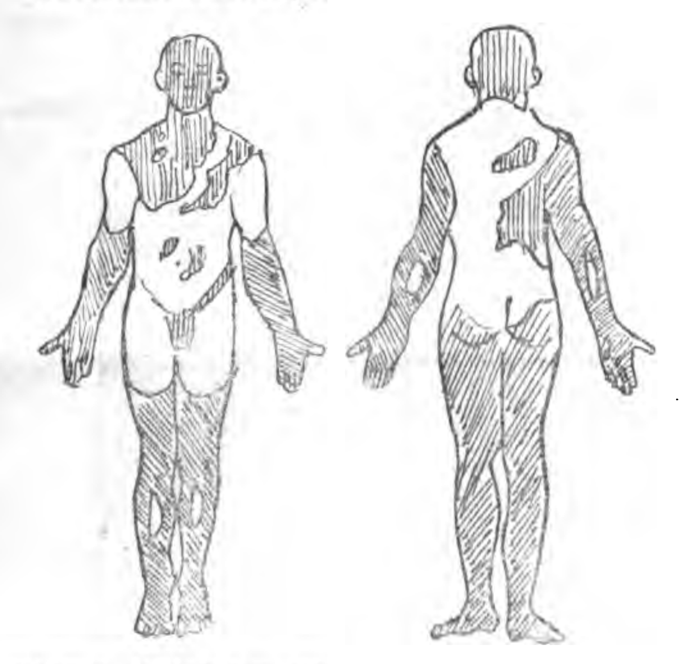
La tête, la face, la partie antérieure du cou ne présentent rien d'anormal.

Sur la face antérieure du tronc, à la poitrine, on constate une sorte d'écharpe blanche, partant de la partie moyenne de la clavicule gauche et aboutissant à l'appendice xiphoïde du sternum. A droite la peau a conservé sa coloration normale, sauf en deux petits îlots, en voie de formation, situés au-dessous de la clavicule.

L'abdomen, à l'exception de deux plaques situées l'une à droite, l'autre à gauche de l'ombilic et d'une mince bande suivant le pli de l'aine gauche, est complètement décoloré.

La face postérieure du tronc depuis le cou, jusqu'aux reins, est également blanche, hormis un îlot correspondant à l'omoplate droite et un large lambeau occupant presque tout le côté droit.

Aux membres, sur la photographie comme sur les deux



schémas destinés à montrer la distribution des lésions, on ne peut manquer d'être frappé de la symétrie presque parfaite des taches.

Sur la face antérieure de chacun des deux bras, occupant environ les trois quarts supérieurs de ce segment de membre, on voit une vaste plaque blanche.

A la face antérieure des cuisses, occupant les deux tiers supérieurs environ de la longueur de cette partie, se rencontre une tache blanche analogue à celle des bras.

A la partie supérieure du bord cubital des deux avant-bras on trouve un placard en voie de décoloration.

Enfin à la partie moyenne de la face externe des deux jambes se trouve une tache semblable à celles des avant-bras.

Quoique symétriques, ces lésions ne répondent pas à des territoires nerveux bien définis.

Notons enfin qu'au pourtour des taches du bras et de la cuisse, se trouvent de petits îlots malades.

Sur tout le reste du corps, organes génitaux compris, la couleur de la peau n'a subi aucune modification.

Sur le tronc et aux segments de membres qui en sont les plus rapprochés, la peau présente une coloration d'un blanc laiteux tout à fait uniforme, sans traces d'ulcères ou de cicatrices. Ces taches ne forment aucun relief sur la peau saine. Elles se continuent avec elle sans ligne de démarcation autre que la différence de pigmentation. Autour d'elles il n'y a pas non plus d'hyperchromies (1). La couleur et la structure des poils ne sont pas modifiées. Suivant Mohamed M'Saïb, la sécrétion sudorale, au niveau des plaques leucodermiques, n'a subi aucune altération. Les contours de ces plaques sont irréguliers, à bords géographiques, non polycycliques, sauf aux bras, aux cuisses et à la partie postérieure du tronc, où la séparation se fait suivant des lignes plus régulières, presque droites ou presque courbes.

Aux avant-bras, aux jambes, sur les petites taches du côté droit de la poitrine, et sur celles des bras, on peut saisir sur le fait le processus qui a déterminé ces achromies, car on l'y trouve encore en voie d'évolution. La peau à ce niveau présente une coloration rouge rosée, légèrement inflammatoire. Elle est luisante et même quelque peu humide. Elle présente de nombreuses fentes s'entrecroisant en tous sens et lui donnant un aspect finement craquelé. Ces lésions ne sont pas réparties sur une surface non discontinue. Elles constituent de petits placards de formes et de dimensions très variés, baignées dans des parties restées saines en apparence mais qui, elles aussi, seront, vraisemblablement décolorées dans l'avenir.

La barbe, les cheveux, les cils et les sourcils sont noirs et bien fournis.

Les ongles ne présentent aucune altération.

Tous les organes, cœur, poumons, foie, reins, rate, sont sains.

L'appétit est bon, les fonctions digestives s'effectuent régulièrement.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas tuméfiés.

On ne peut rencontrer quelque stimagte de syphilis, et bien que la leucodermie soit en voie d'évolution manifeste sur certains points du corps, on ne rencontre pas les tubercules syphilitiques incriminés par certains auteurs et notamment par M. le docteur Gémy, d'Alger, dans sa note sur la leucomélanodermie syphilitique.

Il n'y a aucun trouble trophique.

Au dynamomètre la force de pression était de 43 pour la main droite, de 36 pour la main gauche.

Les réflexes tendineux prérotuliens m'ont paru notablement diminués.

J'ai principalement examiné l'état de la sensibilité. Les sensibilités au contact et à la piqûre paraissent fort obtuses. On peut enfoncer une épingle profondément dans le derme sans que la physionomie trahisse la moindre douleur. Le contact de la pointe de l'épingle semble également imparfaitement perçu. Ces sensibilités sont amoindries non seulement au niveau des plaques leucodermiques, mais sur tout le reste du corps, à l'exception de la face. Il est impossible de constater des zones bien déterminées d'anesthésie ou de sensibilité normale ou exagérée. La sensibilité à la brûlure a été plus difficile à apprécier.

Je me suis servi pour la reconnaître de la pointe d'un thermocautère. Or, la vue du platine porté au rouge a provoqué chez mon Marocain une certaine appréhension qui a pu masquer l'expression véritables des sensations perçues. Il m'a paru pourtant que la thermocautérisation, en trois endroits, était moins douloureuse que de coutume.

La sensibilité électrique a été étudiée à l'aide des courants continus et des courants induits. Déjà avec trois éléments de l'appareil au bisulfate de mercure de Chardin, le sujet accusait par son attitude des impressions désagréables.

L'action des courants interrompus a été recherchée à

(1) Il y aurait même plutôt hypochromie, ainsi qu'on le voit bien à la partie supérieure du bras gauche.

l'aide de l'appareil n° 19 de **Chardin**. La bobine à fil fin placée au n° 1 de l'échelle faisait déjà faire la grimace à mon homme. Le courant formé par une bobine à gros fil était naturellement mieux supporté. L'extra-courant produisait les mêmes effets que les courants directs.

Les muscles se contractaient énergiquement.

En somme, je concluerais peut-être à une augmentation de la sensibilité électrique, s'il ne fallait tenir compte de ce qu'avaient d'insolite pour un Riffain les sensations causées par l'électricité appliquée sous ces deux modes.

Il s'agissait bien évidemment d'une leucodermie, intéressante au triple point de vue de son étiologie obscure, de sa distribution nettement symétrique aux membres, de sa grande extension et de sa marche progressivement envahissante.

Quelle était la cause de cette leucodermie ? Je pensais tout d'abord à la lèpre, en raison précisément de la symétrie et des troubles de la sensibilité. Sous cette étiquette je soumis à M. le docteur **Gémy** la photographie de mon malade. Le distingué chargé de cours des maladies vénériennes et cutanées de l'Ecole d'Alger eut l'extrême obligeance de me faire connaître que je me trouvais en présence non pas d'un cas de lèpre mais de leucomélanodermie syphilitique. En même temps, il eut l'amabilité de m'envoyer un travail publié par lui en 1894 dans le *Bulletin médical de l'Algérie*.

Avant d'entrer dans la discussion du diagnostic de la maladie de Mohamed, on me permettra quelques considérations sur un sujet, dans l'histoire duquel on rencontre les noms de deux regrettés professeurs de la Faculté de Lille, des professeurs **Arnould** et H. **Leloir**. A l'un on doit un travail sur la lèpre kabyle, qui, d'après M. le professeur **Gémy**, n'est autre chose que la leucomélanodermie syphilitique. A l'autre on doit une remarquable étude, bien connue et souvent citée, sur le vitiligo.

Dans le langage médical français, le mot leucodermie est d'introduction toute récente. Il ne figure pas dans l'édition 1878 du dictionnaire de **Littré** et **Robin**. Dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, on ne le trouve mentionné qu'une seule fois à l'article *vitiligo* signé par le professeur **Hardy**. Il n'en est question ni à l'article *Syphilides* de M. **Barthélemy** (1883) ni à l'article *Trophonévroses* du professeur **Leloir** (1884).

Sous le nom de vitiligo, on semble avoir englobé des faits qui se rapportent à la leucodermie. Inversement, sous le qualificatif de *leucodermie*, les auteurs anglais et allemands ont décrit depuis longtemps des accidents qui se rapportent nettement au vitiligo. Dans la plupart de leurs observations sont signalées la décoloration des poils de la partie malade et l'hyperpigmentation des bords de la plaque, signes donnés comme caractéristiques du vitiligo.

En réalité la ligne de démarcation entre le vitiligo, l'albinisme partiel, la leucodermie et surtout la leucomélanodermie est loin d'être bien tranchée. Pour la plupart des dermatologistes, la leucodermie se distingue du vitiligo par l'absence de coloration des poils et d'une zone hyperchromiée autour des plaques achromiques.

D'un autre côté, M. le professeur **Fournier** a proposé le nom de leucomélanodermie pour des troubles de la pigmentation cutanée apparaissant au siège et au pourtour des syphilides. Il y a à la fois leucodermie et mélanodermie, c'est-à-dire coexistence de taches hypochromiques et de taches hyperpigmentées (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 8 juin 1893). La leucomélanodermie différerait donc du vitiligo en ce que l'hyperpigmentation n'est pas disposée autour des plaques vitiligineuses, mais forme des taches indépendantes et isolées. L'albinisme partiel congénital est souvent dû probablement à une leucodermie ou à un vitiligo intra-utérin.

Comme le vitiligo a été souvent confondu avec la leucodermie, et vice-versâ, force nous est donc pour l'étude de l'étiologie, de la pathogénie et de l'anatomie pathologique de cette lésion, de reprendre tout ce que nous savons du vitiligo.

Au point de vue de l'étiologie, le vitiligo et par suite la leucodermie ont été observés dans cinq ordres de circonstances :

1° Vitiligo ou Leucodermie traumatique.

2° Vitiligo ou Leucodermie cicatricielle ou succédant à des maladies cutanées.

3° Vitiligo ou Leucodermie toxique.

4° Vitiligo ou leucodermie trophonévrotique ou nerveuse.

5° Vitiligo ou leucodermie infectieuse.

1° A la suite de traumatismes locaux répétés le vitiligo a été maintes fois signalé. Ainsi on l'a observé à la suite de pressions continues exercées sur une partie du corps, telles que celles par exemple qui résultent du port d'un bandage.

2° Comme reliquat de cicatrices, d'ulcères et de lésions cutanées. Dans bien des cas il ne s'agit pas d'un véritable vitiligo. Ainsi on ne pourrait appeler vitiligineuses ou leucodermiques les cicatrices blanches, si étendues soient-elles, qui succèdent aux pustules vaccinales. Le nom de leucodermie exclut toute idée de processus cicatriciel, il n'implique qu'un trouble de la pigmentation. Certaines leucomélanodermies consécutives à des lésions syphilitiques ulcéreuses rentrent sans doute dans cette catégorie. A cette classe de vitiligo, *seu* leucodermie vraie, appartiennent entre bien d'autres les deux faits suivants. **Lewin**, en 1893, a présenté à la société de Médecine de Berlin une leucodermie non syphilitique développée sur des papules. Au centre de chaque tache blanche, on voyait en effet une papule avec son halo. Suivant **Lewin** on ne peut porter le diagnostic de syphilis en s'appuyant seulement sur la présence d'une leucodermie. En 1892, M. **Hallopeau** disait

avoir observé à la suite du psoriasis, des macules décolorées ayant exactement la configuration des plaques psoriasiques (*Société médicale*, 1892, p. 18). En 1898, ce même médecin rapportait un cas identique.

3° Le vitiligo a été observé à la suite de certaines intoxications, notamment dans l'empoisonnement par le pétrole. A cet ordre d'idées, se rattache sans doute le fait rapporté en 1892, à la Société de dermatologie par M. du Castel. Deux plaques symétriques de vitiligo apparurent aux hanches d'un malade auquel on avait fait des injections de lymphe de Koch.

4° On a signalé les décolorations de la peau au cours du tabes et de la syringomyélie, dans les névralgies, dans l'aliénation mentale, dans les névroses, dans le goître exophthalmique. Le professeur Leloir qualifiait le vitiligo de *dermatoneurose indicatrice et révélatrice*.

On l'a encore rencontré dans la maladie d'Addison, où elle serait due aussi, suivant Leloir, à des lésions nerveuses.

5° Mais c'est surtout au cours de certaines maladies infectieuses que l'on a noté les achromies de la peau et, parmi elles, il en est deux où elles sont particulièrement communes. Ce sont la syphilis et la lèpre.

a) Dans la syphilis, ce sont principalement les auteurs allemands, Poelchen entre autres (*Archives de* Virchow, 1887) qui ont contribué à faire connaître le vitiligo syphilitique. Ehrmann, de Vienne, dans une communication faite en avril 1889 au *Collège médical* de cette ville, dit que les décolorations de la peau qui surviennent au cours de la syphilis sont la conséquence d'exanthèmes antérieurs. Suivant lui, « les décolorations qu'on désigne sous le nom » de leucoderma siègent le plus souvent au niveau des » organes génitaux, du cou, et aussi dans les endroits qui, » avant l'apparition de l'exanthème, avaient une coloration » foncée, tel que le tronc et les extrémités. »

La prédilection apparente pour la peau de la nuque chez les femmes s'explique, d'après M. Ehrmann, par ce fait que cette partie est plus exposée à l'air libre et par conséquent à la pigmentation. Chez mon malade, les parties couvertes habituellement étaient le plus atteintes.

Suivant les auteurs allemands, la leucodermie syphilitique serait tellement fréquente que Palmer, ayant examiné six cents prostituées syphilitiques, l'a rencontrée chez 70 °/₀ d'entre elles.

La lèpre kabyle, suivant Arnould et le docteur Gémy, se rapporterait en majeure partie, sinon en totalité, à la syphilis. Peut-être en serait-il de même de la plupart des faits décrits autrefois sous le nom de morphée blanche. Dans les observations de M. Gémy on trouvait encore des tubercules ulcérés, ce qui n'existe pas dans la mienne.

b) En second lieu les décolorations de la peau s'observent au cours de la lèpre. Suivant Leloir, elles proviendraient d'ordinaire des taches hypérémiques. Les poils deviendraient souvent blancs à la surface des régions achromiques et ne tomberaient pas toujours. Elles indiquent que le système nerveux est en train de se prendre. Les taches érythémateuses, d'après le professeur Leloir, seraient souvent symétriques. Notons que l'anesthésie et la symétrie ont été signalées au cours de vitiligo indépendants de la lèpre.

L'anatomie pathologique de la leucomélanodermie syphilitique a été étudiée par M. Vincent sur un des malades de M. Gémy. Les cellules basales du corps muqueux ont complètement perdu leur pigment. Les poils sont moins pigmentés dans les plaques leucodermiques que dans la partie saine de la peau, mais le pigment n'a pas entièrement disparu.

Il n'y aurait pas d'altération particulière des éléments de la peau. « Tout au plus doit-on noter par places la » disparition de la couche granuleuse et la diminution de » nombre et de volume des gouttelettes d'éléidine. »

Dans quelle classe de leucodermies dois-je donc ranger la maladie de Mohamed M'saïb ? Ce n'est assurément ni dans la première, ni dans la troisième. Il est également douteux qu'elle appartienne à la seconde ou à la quatrième. Si elle n'appartient pas à la quatrième (trophonévrose cutanée), reste donc seulement la cinquième. Avons-nous eu affaire à un lépreux ou à un syphilitique ? C'est ce que nous n'oserons pas décider. La syphilis est très commune chez les indigènes de l'Afrique septentrionale. Peut-être moins cependant qu'on ne le croit généralement. Nous avons vu que pour Lewin la présence d'une leucodermie ne suffit pas pour porter le diagnostic de syphilis. Si nous avions pu suivre ce malade, nous eussions commencé par le soumettre au traitement spécifique, et les résultats que nous eût donnés ce traitement eussent été d'un grand secours pour le diagnostic. Malheureusement ce Marocain m'a échappé aussitôt examiné.

Mais nous ne pouvons perdre de vue cette circonstance. Dans notre cas, la symétrie des lésions rend, comme le disait Leloir, éclatant le rôle du système nerveux. La symétrie pourrait-elle appartenir à la leucodermie syphilitique, qui serait alors amenée comme la leucodermie par une altération des nerfs? S'agit-il de troubles cutanés dus à des lésions nerveuses survenues sous d'autres influences? C'est ce que je ne voudrais pas préjuger.

Si j'ai cependant cru devoir rapporter ainsi l'histoire de ce malade, c'est que l'étude de la leucodermie est encore bien incomplète. L'indolence complète de ce symptôme, son peu d'apparence sur téguments naturellement peu colorés, expliquent cette lacune. La leucodermie peut cependant, comme le prouve mon observation, avoir une grande importance diagnostique. Car elle peut constituer le symptôme unique d'une maladie en voie d'évolution. Ce sera surtout l'œuvre de la patho-

logie des races colorées, pathologie encore très obscure. De même que la mélanodermie s'apprécie mieux sur la peau blanche, la leucodermie est beaucoup plus manifeste sur les individus colorés. Peut être lorsqu'on la recherchera sur des Européens, la trouvera-t on aussi beaucoup plus souvent.

Des rapports qui existent entre la coprostase et la fièvre

par le Docteur **Ingelrans**

A la séance du 23 juin dernier de la *Société centrale de Médecine du Nord*, M. le docteur Oui a donné l'observation de deux accouchées, ayant présenté des élévations de température consécutives à de la constipation. Il faisait remarquer que, malgré la fréquence de ces cas, les traités classiques négligent d'en parler. Ils ont d'ailleurs un rapport étroit avec ce qu'on voit après les opérations gynécologiques, où l'hyperthermie est fréquente le troisième ou le quatrième jour et cède aisément à un simple lavement.

Pourquoi la fièvre survient-elle dans ces circonstances spéciales, alors que la constipation habituelle n'en détermine pas l'apparition ? Qu'on ouvre les classiques et les dictionnaires, et l'on verra, en effet, que la coprostase, rendue coupable de bien des méfaits, ne voit pas mettre la fièvre à l'actif de son tableau clinique, au moins en général. D'autre part, la constipation, si fréquente chez les vieillards, ne les empêche pas, bien des fois, de présenter une température inférieure à la normale de l'adulte. Au cours de la grossesse, même observation à faire : constipation ordinaire, sans fièvre.

Puisque l'évacuation de l'intestin fait cesser les accidents fébriles, on est amené à incriminer la résorption d'une partie des matières intestinales pour expliquer ce qui se passe. Le contenu intestinal est, on le sait, éminemment toxique; le tube digestif, suivant l'expression de Bouchard, est un vrai laboratoire de poisons. Les aliments sont toxiques par les matières minérales et la potasse en première ligne ; les 800 à 1.000 grammes de bile qui sont versés quotidiennement dans l'intestin sont toxiques par les matières colorantes et les sels biliaires. Les putréfactions qui se dévoloppent dans les résidus alimentaires engendrent du poison ; enfin, les matières fécales doivent leur toxicité, pour la plus grande part, à la potasse et à l'ammoniaque, et, pour une autre part, à la réunion des principes organiques, y compris les principes alcaloïdiques.

Une très grande partie de tous ces corps est assurément résorbée à l'état physiologique. Mais ils rencontrent le foie sur leur route et l'on sait toute l'importance de cet organe dans la destruction des produits nocifs et sa puissante action protectrice. Le reste est éliminé par les reins et l'urine lui doit beaucoup de sa toxicité. Le sang contient constamment des poisons, mais ceux-ci n'agissent pas sur notre organisme, car l'urine les élimine incessamment et la quantité circulante est trop minime pour troubler l'économie à l'état normal.

Vienne maintenant un état de constipation. Il est évident qu'une plus grande quantité de matières intestinales pourra être résorbée : aussi observe t-on un léger degré d'intoxication qui se traduit par le mal de tête et les vertiges, ce dont se plaignent avant tout les constipés.

Mais il faut savoir que des matières fécales dures ne contiennent plus grand chose capable d'être absorbé et qu'en tout cas, ce qu'elles peuvent contenir de toxique n'étant pas dissous dans une partie aqueuse qui manque, ne peut plus agir.

Pourquoi donc les nouvelles accouchées font-elles de la fièvre, alors que, constipées tout aussi bien durant leur grossesse, elles n'en avaient pas ? Ce n'est pas que les poisons circulants soient en plus grande quantité, c'est que leur organisme y est plus sensible et c'est là le point que nous croyons important. Voici ce que dit M. Roger. (*Traité de pathologie générale de* Bouchard, tome I, p. 788) : « Les accidents de la constipation deviennent graves chez certains malades qui viennent de subir un traumatisme, chez les femmes en couches et chez les sujets laparotomisés. Plusieurs fois, dans ces conditions, on a vu des accès fébriles qui pouvaient faire craindre une septicémie, guérir par un lavement. Les anciens chirurgiens n'avaient donc pas tort de préparer leurs malades et peut-être l'antisepsie intestinale pratiquée quelques jours avant les opérations abdominales ou même avant l'accouchement, serait-elle utile. » Ainsi, la constipation amène facilement de l'hyperthermie chez les malades qui viennent de subir un traumatisme. Ne serait-ce pas que leur résistance est diminuée ? et l'accouchement ne constitue-t-il pas un choc suffisant pour rendre les femmes plus sensibles aux poisons de leur économie ? Il serait curieux de savoir si les femmes en couches s'intoxiquent plus facilement que d'autres par les médicaments.

En tout cas, un fait qui vient à l'appui de cette manière de voir est le suivant. Les enfants, on le sait, voient leur température s'élever à propos d'un rien. Or, chez eux, c'est M. Marfan qui l'écrit, « la constipation amène parfois un mouvement fébrile qui fait penser à un début de fièvre typhoïde. Dans d'autres cas, la fièvre peut revêtir le caractère intermittent ; on donne sans succès le sulfate de quinine, là où la médication évacuante eût réussi d'emblée. S'il y a des vomissements et de la céphalalgie, on craint une méningite; tous ces symptômes s'effacent après une évacuation ». (*Traité des maladies de l'enfance*, par Grancher, etc., tome II, p. 668). Est-ce là le fait de poisons intestinaux plus nocifs ? Assurément non, mais c'est que les enfants sont plus sensibles aux causes pyrétogènes.

Voici encore un autre fait clinique du même genre : on

observe chez l'adulte, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, des températures élevées liées uniquement à la coprostase. Si ces sujets ne venaient pas de subir une grave maladie qui les a affaiblis, leur système nerveux ne réagirait point tant vis-à-vis d'une légère intoxication intestinale; mais justement, la température monte, chez eux, à l'occasion d'un peu de fatigue, à l'occasion de la reprise même de l'alimentation *(febris carnis)*. Nous pensons que le terrain domine tout ici, aussi bien chez les accouchées, que chez les opérés, que chez les convalescents : une cause d'excitation, impuissante à rien produire chez un sujet sain, amène ici une vive réaction.

M. POTAIN citait récemment (*Semaine médicale* 1899, p. 137) le cas d'une femme convalescente d'un grave embarras gastrique. Tout semblait fini, lorsque de la constipation survint, et avec elle, de la fièvre. On donna un purgatif qui eut pour premier effet d'élever la température à 41°, après quoi la fièvre tomba pour se réveiller quatre jours plus tard. Un second purgatif amena une nouvelle poussée fébrile, suivie enfin d'une apyrexie définitive. Les purgatifs, dit M. POTAIN, exagèrent la résorption par suite de la dilution des matières fécales qu'ils provoquent. Les matières durcies dans le gros intestin peuvent être tolérées fort longtemps.

C'est là l'explication des accidents présentés par la seconde malade de M. OUI, chez laquelle l'administration de teinture de jalap a amené 38°5.

En 1882, OTTO KUSTNER, d'Iéna, a étudié cette question des rapports de la coprostase avec la fièvre (*Zeitschrift für klinische medicin*, 1882, p. 186). Il admet que, dans les cas d'ablation des ovaires, un trauma mécanique est occasionné par les scybales accumulées dans l'ampoule rectale sur la plaie fraîchement suturée et que c'est là le point de départ de la fièvre. En ce qui concerne les accouchées, la fièvre dite de constipation n'arriverait que chez celles qui sont malades de leur appareil génital. Ici encore, les scybales comprimeraient les organes enflammés qui répondraient par la fièvre. Enfin, dit l'auteur, pendant le séjour au lit dans la position dorsale, une masse fécale siégeant dans l'ampoule peut gêner l'écoulement des lochies qui stagnent, se putréfient et amènent une fièvre de résorption.

On voit que cette explication diffère du tout au tout de la précédente. Aux accoucheurs de voir si, dans ces cas, il y a rétention des lochies ou affections génitales antérieures.

Asphyxie locale des extrémités transitoire due à la caféine

par le professeur **Combemale**

Cous..., Hortense, âgée de 73 ans, entre le 11 avril 1899, salle Sainte-Clotilde, n° 9, pour de la toux. Sans antécédents héréditaires connus, elle ne présente dans ses antécédents personnels rien d'anormal ; vie génitale commencée à 15 ans, achevée à 48 ; mère de huit enfants, dont quatre morts de convulsions ; un paralytique général, les trois autres sont bien portants.

Elle n'avait jamais fait de maladie sérieuse à sa souvenance quand, quelques jours avant son entrée, elle ressentit des douleurs dans les membres, éprouva une lassitude générale et eut un peu de fièvre ; un peu de toux survint, graduellement plus fréquente, qui se doubla vite d'oppression par accès.

A l'examen, faiblesse marquée; toux fréquente ; crachats abondants et visqueux ; thorax très bombé, emphysémateux, amaigri ; respiration humée, râles sibilants et ronflants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

Du côté de l'appareil circulatoire, intermittences très prononcées : à l'artère radiale, peu élastique, toutes les quatre ou cinq pulsations, arrêts prolongés; au cœur, faux pas mais non aussi fréquents qu'au pouls.

Rien d'anormal aux autres appareils, notamment pas trace d'albumine dans l'urine. Ce cœur boiteux, manifestement mal innervé, appelait l'intervention, plus que la bronchite grippale ; nous ne faillîmes pas au devoir de le fouetter vigoureusement par la caféine : le résultat fut que la bronchite s'améliora rapidement ; les râles sibilants et ronflants disparurent au bout de quelques jours, l'oppression diminua parallèlement.

Et le cœur, grâce à la dose quotidienne d'un gramme de caféine en potion, se remit en peu de temps; le pouls, de faible et intermittent qu'il était, redevint bien frappé et régulier.

Par oubli, pendant onze jours l'administration de caféine fut maintenue à cette dose d'un gramme. Au bout de ce temps, la malade présentait aux mains, deux fois par jour et à peu près aux mêmes heures, le matin vers six heures et le soir vers cinq heures, un état tout particulier de sa vascularisation.

Le 24 avril, la teinte cyanotique de ses mains attira notre attention à la visite ; l'une et l'autre main jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du poignet, étaient violacées, moins sèches et ridées que la veille, à la pression survenait une tache blanche, lente à disparaître. Le lendemain, l'état était le même. Questionnée, la malade nous dit que la veille au soir, elle avait pendant plus d'une heure présenté le même symptôme. Et pressée de nous expliquer comment venait et finissait l'accès de cyanose, elle ajouta : « mes mains deviennent froides, j'ai les doigts comme morts, impossible de les réchauffer; autour des ongles, le bout de mes doigts est blanc et pâle ; je ne sens rien de ce que je puis toucher. Puis petit à petit, doigts et mains deviennent rouges, violets comme vous les voyez, et au bout d'une heure d'engourdissement reviennent à l'habitude ».

Les limites de cette asphyxie des extrémités ne dépassaient jamais le poignet. Les orteils étaient aussi le siège, bien atténué toutefois comme intensité et comme étendue, de semblables mouvements fluxionnaires. Jusqu'alors, la malade n'avait jamais souffert

de cette façon. Soupçonnant la caféine d'avoir fait éclore cette crampe vaso-constrictive, je fis dès le 25 avril diminuer sensiblement la dose, et 30 centigrammes par jour seulement furent donnés ; jusque vers le 1er mai, les phénomènes asphyxiques gardèrent leur intensité première, se reproduisant deux fois par jour, occupant les deux mains ; puis les territoires asphyxiés furent moins grands, les douleurs moindres. Le 8 mai les doigts seuls s'engourdissent, depuis les articulations métacarpo-phalangiennes jusqu'au bout, sans la même régularité dans l'heure des accès. Le 13 mai, toute caféine fut suspendue, le cœur resta en bon état les jours suivants, les accès ne se reproduisirent plus.

L'asphyxie locale des extrémités est typique dans l'observation ci-dessus avec ses accès et ses intermissions, sa symétrie tant aux mains qu'aux pieds ; point n'est besoin d'insister sur la légitimité de ce diagnostic.

Je ne crois pas que la littérature médicale contienne d'observation d'asphyxie locale des extrémités reconnaissant pour cause une médication par la caféine ; il m'est donc impossible de comparer le cas que je rapporte à un cas semblable, pour étayer d'un précédent le rapport que j'ai établi entre le symptôme asphyxie locale et la cause supposée la caféine.

Néanmoins, je crois devoir maintenir ce rapport à raison de cette notion classique que la caféine augmente la tension artérielle et stimule en même temps le tonus des petits vaisseaux ; le spasme vasculaire qu'est l'asphyxie locale peut donc sans inconvénient être admis ici comme engendré par la caféine, d'autant qu'il s'agit d'une athéromateuse. D'autres raisons existent aussi pour que ce ne soit pas une autre cause que la caféine qui intervenait pour amener cette crampe vaso-constrictive : le froid, dont l'action est incontestable sur le début de ces accidents, n'entrait pas ici en ligne de compte, pas plus que le traumatisme, les névroses, les maladies du système nerveux, le paludisme, la néphrite, le diabète, le saturnisme n'étaient pas soupçonnables ; l'athérome, la myocardite scléreuse, la grippe pourraient être incriminées cependant comme cause. J'estime que l'athérome et la myocardite, bien que réels, mais peu accentués chez le sujet, n'auraient pas attendu ce moment pour déterminer cette « claudication intermittente » ; j'estime d'autre part le poison grippal, à en juger par la gravité clinique que son atteinte a revêtue, insuffisamment virulent pour avoir pu, à lui tout seul, causer ce mal. Aussi, si athérome et grippe ont joué un rôle dans cette asphyxie locale, ce rôle est-il celui de comparse. Et par exclusion j'en arrive à accorder à la caféine la première place dans la production de ces accidents. Un argument de plus serait l'amélioration survenue quand les doses massives de caféine furent diminuées, puis cessées.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. Hélier. Les urines ont un pouvoir réducteur qui témoigne des oxydations incomplètes faites dans l'organisme.

Académie de Médecine. — MM. Robin et Leredde ont étudié les rapports entre les dermatoses et les affections de l'estomac. Chez ces malades, la sueur est trois fois plus acide que normalement. Cette acidité est probablement la cause de la dermatose.

Société de Dermatologie. — MM. Babinski et Charpentier. L'abolition des réflexes pupillaires à la lumière est un signe de syphilis héréditaire ou acquise, de très grande valeur.

Société de Chirurgie. — M. Reynier propose l'hystérectomie abdominale pour le cancer de l'utérus.

— M. Pousson a pratiqué l'ablation de la prostate chez des vieux hypertrophiques, il a eu trois morts, deux succès et cinq insuccès.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 21 Juillet 1899

Présidence de M. Looten, vice-président.

Volumineux hématome de la dure-mère

M. Raviart, interne des hôpitaux, présente un hématome considérable de la dure-mère, produit en une seule fois chez une femme de 87 ans. Il fait remarquer que pendant trois semaines la femme a présenté un état semi-comateux, une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité du côté droit, accompagnée de contracture légère. Il ajoute que depuis l'ictus initial la femme a toujours présenté une légère augmentation de la température, mais que toutefois, durant toute l'évolution de son affection, son état ne s'est aucunement aggravé. Parmi tous les signes diagnostiques de l'hématome dure-mérien, communs à l'hémorrhagie cérébrale du reste, la persistance prolongée du coma deviendrait à ses yeux une indication de la trépanation.

A propos de l'appendicite

M. Moty présente un appendice à demi sectionné à deux centimètres de son extrémité terminale et dont le bout supérieur s'est complètement fermé par cicatrisation ; c'est un mode particulier de guérison naturelle de la perforation de l'appendice : le malade opéré, il y a quatorze jours, est en voie de guérison.

Une discussion s'engage ensuite sur le moment propice de l'opération, sur les corps étrangers de l'appendice et la discussion est close par ces mots de **M. Combemale** : « Dans le traitement chirurgical de l'appendicite, il faut être avant tout médecin. »

A propos d'un cas de leucodermie

M. Combemale lit, au nom de **M. Gros**, de Lourmel (Algérie), l'observation de leucodermie, publiée dans le présent numéro, et observée sur un Marocain ; l'auteur conclut à une manifestation soit syphilitique, soit lépreuse.

Constipation et Fièvre.

M. Ingelrans, revenant sur deux cas de fièvre provoquée par de la constipation, et rapportés devant la Société par M. Oui, lit une intéressante étude, publiée dans le présent numéro.

*** M. Potel commence la lecture d'un travail sur la médecine du temps de Nicolas de la Framboisière.

VARIÉTÉS

La conversion religieuse

Les phénomènes religieux ont été jusqu'ici très peu étudiés au point de vue pathologique, ce qui tient sans doute à ce que les personnes qui pourraient aider à leur connaissance n'aiment guère révéler leur « état d'âme » à un vulgaire physiologiste. C'est, en effet, ce qui est arrivé récemment à M. J. H. Leuba qui a poursuivi une enquête sur cette crise religieuse à laquelle on donne le nom de *conversion*. Beaucoup des hommes de religion auxquels il s'est adressé ont refusé de répondre et l'un d'eux a même été jusqu'à dire que cette analyse du « moi » était « pire que la vivisection ».

En quoi ils ont certainement tort; car le bon Saint-Augustin a publié des « confessions » tout aussi complètes que celles de Jean-Jacques, mais un peu plus convenables cependant. M. Leuba a pu néanmoins recueillir un certain nombre de réponses. Toutes celles qu'il nous donne renferment des détails personnels et sont du plus grand intérêt. Elles ont un cachet frappant d'uniformité; chez tous la crise a été à peu près la même. Les récits en général, suivant l'ordre chronologique, commencent par le tableau d'une existence de désordre ; les futurs convertis s'accusent d'un grand nombre de vices, dont le plus fréquent est la boisson. Ils ont eu non seulement la conviction qu'ils étaient dans le péché, mais encore le sentiment profond du péché. Suivant les idées de l'individu, ce sentiment conduit à des conséquences différentes ; pour les uns, c'est la conviction que Dieu, le Juge suprême, les a condamnés pour leurs fautes ; en général, c'est l'effet de l'éducation religieuse Chez les autres, on ne trouve pas l'idée du démérite, de la condamnation prochaine, et le désir du pardon ou la peur de l'enfer; ceux là sont plus près de la nature ; ils ont seulement le sentiment de leur misère physique et morale, de leur impuissance, et le besoin d'être aidés, secourus; Dieu n'est pas un juge, mais un Sauveur. M. A. Binet, à qui nous empruntons l'analyse du travail de M. Leuba (*Annee psychologique*), croit, pour sa part, que cette distinction ne repose pas tant sur l'éducation religieuse que sur la forme double du sentiment religieux, amour et crainte, sur la prépondérance que prend une de ces formes suivant le tempérament de l'individu.

Il semble résulter de l'enquête que le sentiment de la peur n'est pas une cause plus fréquente de conversion que le sentiment de l'amour. Après la description des désordres, les correspondants expriment de diverses manières les efforts de volonté qu'ils ont faits pour changer d'existence, et leur insuccès; par exemple, après une ivresse, ils ont résolu de ne plus boire; ils sont restés sans boire pendant plusieurs jours, parfois des semaines, puis la passion du vice a pris le dessus. Il y a eu toute une série d'efforts douloureux, qui n'ont pas abouti et ont convaincu le malheureux d'impuissance; il en est arrivé à désespérer de lui-même et à comprendre que, sans le secours de Dieu, il ne pourrait pas être sauvé. Cette série d'émotions forme la première partie de cette conversion : c'est la période de dépression, qui se termine par le désespoir et par la sensation d'impuissance.

La conversion proprement dite ne résulte pas, comme on pourrait le croire à première vue, d'un effort énergique de la volonté, dont le converti pourrait se faire un mérite. Pendant la conversion, il est entièrement passif. C'est Dieu, c'est le sang de Jésus-Christ, c'est l'Esprit-Saint, en un mot c'est un pouvoir supérieur qui accomplit la conversion ; lui-même, il se laisse aller, il s'abandonne, il renonce à agir, il devient un instrument. C'est l'état mental qui est décrit dans toutes les observations, et l'auteur n'a pas de peine à prouver que c'est l'état de grâce, tel qu'il a été formulé tant de fois, et qui consiste dans une action divine sans coopération de l'individu. Ce n'est nullement la règle dynamogénique : « Aide-toi, le ciel t'aidera »; règle qui pousse à l'action, qui implique l'idée de démérite et l'existence du libre arbitre. L'action de la grâce suppose, au contraire, l'impuissance de l'homme à lutter contre le péché, l'idée que Dieu accorde sa grâce à qui il veut, selon son bon plaisir, et que par conséquent la grâce ne constitue pas un mérite pour celui qui la reçoit. Il est bien intéressant de constater que cette conception religieuse n'est pas fabriquée d'imagination, mais repose sur la réalité vécue; ce sont bien, en effet, ces sentiments qui forment la psychologie de la conversion.

Le moment où la conversion se réalise est, en général, précisé à un quart d'heure près; ce n'est pas une action lente et

insensible, c'est une action soudaine, qui saisit et étonne; elle peut avoir lieu dans l'isolement, souvent pendant la nuit, ou bien pendant le jour, au milieu d'amis, de compagnons du travail. Parfois, on entend une voix qui admoneste, conseille, ordonne de prier, on répète quelque verset de la Bible; il y a eu aussi, mais plus rarement, des visions; parfois aussi, des sensations physiques d'un caractère indécis. Mais ce qui ne manque jamais, ce qui constitue, à proprement parler, la crise, c'est un état émotionnel d'une violence inouïe, qui secoue tout le corps, fait verser des larmes; c'est avant tout un état d'exaltation joyeuse, d'amour débordant pour Dieu, avec le sentiment qu'on est complètement transformé, et qu'on commence une vie nouvelle : et dès ce moment, en effet, toute l'orientation de l'existence est modifiée; la vie de désordre se supprime presque sans aucune exception. C'est bien par ce résultat pratique qu'on peut juger de l'intensité de la crise. Suivant les pays et les milieux, la conversion peut amener des changements d'existences bien différents, mais psychologiquement son effet est presque toujours le même. L'intelligence, pas plus que la volonté de l'individu, n'a de part à la conversion; ce n'est pas par des arguments intellectuels qu'on a entendus ou qu'on a trouvés soi-même qu'on arrive à accepter telle idée religieuse; on ne pense nullement à raisonner; la conversion vient d'un acte intérieur, effectif, on est converti parce qu'on sent autrement qu'on ne sentait avant d'être converti, et les arguments des sceptiques ne font rien sur le croyant, parce qu'ils ne le touchent pas. *(La Médecine Moderne.)*

Un jugement scandaleux.

De notre excellent confrère, L. LEREBOULET, ces trop justes réflexions à propos d'un jugement récent (*Gazette Hebdomadaire*, 30 avril 1899) :

Parmi les nombreuses affaires qui sont soumises à notre examen et à celui de nos conseils judiciaires, je crois devoir en signaler une qui prouve, tout au moins, de quelle singulière façon certains magistrats apprécient les mœurs et l'honnêteté du corps médical. Il s'agit, en l'espèce, d'une simple revendication d'honoraires. Un individu atteint de cataracte profite de la présence à Joigny d'un oculiste venu de Paris pour se faire opérer par celui-ci. Il charge son médecin ordinaire de négocier avec l'oculiste parisien les conditions les plus favorables. Le prix de l'opération est arrêté à 300 francs. Mais le médecin ordinaire est chargé des soins consécutifs et des pansements. Il réclame les honoraires qui lui sont dus pour ces soins et pour d'autres visites et fixe le total de ces honoraires à 96 francs. Cette somme lui est refusée, le client affirmant que le chiffre de 300 francs, fixé au préalable, comprenait tout : visites et conseils avant l'opération, assistance à l'opération, soins consécutifs — et rémunération du chirurgien oculiste. On va en justice de paix, et, dans un jugement qui, nous l'espérons bien, sera apprécié comme il le mérite, le juge de paix de Joigny fixe à 14 fr. 80 les honoraires du médecin traitant : Attendu, est-il dit par ce magistrat, « qu'en effet le prix des opérations se règle généralement sur la fortune et *d'après leur position sociale (sic)*; que le prix d'une cataracte dans son ensemble varie de 200 francs à 300 francs et *que ce prix est toujours partagé* avec le médecin ordinaire chargé des pansements et soins consécutifs et ce dans la proporton de 2/3 pour l'un et 1/3 pour l'autre. *Que tel est l'usage.* Attendu que le Dr L..., a donc dû toucher sa part dans la somme de 300 francs versée par C... ».

Ainsi donc voici un magistrat qui ose prétendre que la *dichotomie* est une pratique habituelle, reconnue qui en fixe le taux, qui prétend fixer aussi — et à quels chiffres ! — le taux d'une opération de la cataracte Nous voulons croire que ce jugement sera flétri comme il mérite de l'être par les magistrats du tribunal devant lequel reviendra cette affaire. L. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le secret médical professionnel et l'obligation de témoigner en justice

Deux devoirs, on le sait, incombent au médecin appelé devant les tribunaux pour y fournir un témoignage : le devoir de répondre aux interrogations du juge et le devoir de garder le secret professionnel. Comment peut-on, comment doit-on concilier l'accomplissement de ces deux devoirs ? Vieille question sur laquelle les opinions se sont donné carrière ; question néanmoins toujours actuelle, et sur laquelle tout médecin peut se trouver, un jour ou l'autre, dans la nécessité de prendre parti, à ses risques et périls.

Notre intention n'est pas de rééditer une discussion théorique dont on trouvera les éléments dans tous les ouvrages de médecine légale ou de déontologie médicale. Nous rappellerons seulement que, du côté des jurisconsultes, trois solutions principales ont été proposées. D'après l'une, le premier des devoirs sus-indiqués prime, dans tous les cas, le second.

Avant tout, chacun doit son concours à la justice : il y a là un devoir social auquel le médecin ne peut se soustraire en se cantonnant sur le terrain du secret professionnel. Tout à l'opposé, une autre solution fait passer le devoir du secret professionnel avant le devoir de témoigner en justice. La révélation du secret professionnel serait toujours délictueuse, le médecin ne doit révéler au juge que ce que celui-ci peut légalement entendre. Enfin, une solution intermédiaire laisse le médecin souverain arbitre du rang à assigner aux deux devoirs. Interpellé par le juge, le médecin devra répondre ou refuser de répondre, suivant les inspirations de sa propre conscience.

Quelle est de ces trois solutions, celle que devra préférer le médecin, lorsqu'il sera cité devant un juge d'instruction ou à la barre d'un tribunal ? L'hésitation est permise. Et pourtant le médecin doit prendre parti : il ne lui est pas permis d'oublier que sa conscience n'est pas seule en cause, qu'il y a des textes de loi sanctionnant chacun des devoirs qui lui incombent, et que sa responsabilité tant pénale que civile peut se trouver engagée soit par son refus de répondre, soit par sa réponse contraire au secret professionnel. C'est en vue de diminuer sa perplexité et de lui fournir un élément de détermination, que nous voudrions porter à sa connaissance un arrêt que vient de rendre la Cour de Cassation le 1er mai 1899 (*La Loi* du 27 mai 1899).

Les circonstances étaient les suivantes. Un sieur Bousquet avait contracté, le 17 mai 1892, avec la Compagnie *Le Gresham*, une assurance sur la vie, pour un capital de 70.000 fr., sur la tête d'un sieur Faure, qui était son débiteur. Faure mourt le 23 novembre 1892, à la suite d'une phtisie galopante, ainsi que le constate un certificat délivré par le docteur F... pour servir de pièce justificative à l'appui de la demande en paiement du capital assuré. Mais la Compagnie, ayant appris que l'assuré était, antérieurement à la formation du contrat d'assurances, atteint d'une fistule urinaire, refusa de payer ce capital. Elle alléguait que ses statuts lui interdisaient d'accepter les propositions des personnes atteintes de cette maladie, et elle demandait l'annulation du contrat, en se fondant sur la clause de la police d'après laquelle « la police est délivrée sur la foi des assertions formulées dans la proposition d'assurances adressée à la Compagnie. Toute déclaration ou assertion inexacte, toute réticence même non frauduleuse, de nature à surprendre le consentement de la Compagnie, et à modifier l'opinion du risque, entraînent l'annulation de la police ».

La demande de la Compagnie avait d'abord été repoussée par le tribunal de commerce de la Seine, par jugement du 20 juin 1895. Mais, sur appel, la Cour de Paris, par arrêt du 6 mai 1897, admit au contraire la Compagnie Le Gresham à prouver la réticence. Un seul témoin, le docteur F..., fut entendu dans l'enquête. La cour prit acte de sa déposition, et s'appuya sur cette déposition seule pour prononcer la nullité du contrat d'assurance. Le bénéficiaire de ce contrat, le sieur Bousquet, avait pourtant mis les juges en garde contre la recevabilité et la pertinence de la déposition du médecin. Devant le tribunal de commerce même, il avait pris des conclusions subsidiaires ainsi conçues : « Dire que la déposition du docteur F... constituait une violation du secret professionnel d'ordre public imposé par l'article 378 Code pénal, les faits révélés n'ayant pu être connus de lui qu'à raison de sa profession de médecin ; dire que le tribunal ne saurait baser sa décision sur une déposition qui constituait la violation d'un principe d'ordre public. » Mais la Cour de Paris ne s'arrêta point à cette objection et répondit : « En ce qui touche le respect du secret professionnel, quelque étroite que soit l'obligation qui en dérive, il n'enlève pas au magistrat sur l'intervention duquel est apporté un témoignage sur un fait professionnel, le droit de demander à cette déclaration un élément de preuve pour la manifestation de la vérité ».

C'est cette décision de la Cour de Paris qui fut déférée à la Cour suprême. M. l'avocat-général Desjardins en demanda la cassation dans des conclusions très fermes. Après avoir rappelé les hésitations, les variations de la jurisprudence sur la question du secret médical devant la justice, il citait l'arrêt important rendu par la Cour de cassation, le 19 décembre 1885, à la suite d'un rapport très étudié de M. Tanon.

Le rapporteur faisait observer que, d'après les décisions antérieures de la Cour suprême, « l'obligation de garder le secret résultait, pour certains témoins, tant de l'art. 378 du Code pénal que des devoirs de leur profession, et que cette obligation était d'ordre public et de telle nature que les témoins ne pouvaient en être relevés par les magistrats mêmes devant lequels ils sont appelés à déposer. »

Il ajoutait : « La loi a imposé aux personnes dépositaires de faits confidentiels, à raison de leur profession, l'obligation du secret comme un devoir étroit de leur état, et elle a entendu donner à cette obligation une sanction pénale. Elle a considéré la trangression du devoir professionnel en lui-même, et indépendamment du mobile qui l'a fait violer ou du préjudice qui a pu être causé; elle a voulu, dans un intérêt d'ordre public et de moralité supérieure, assurer d'une manière inébranlable la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions et garantir le repos des familles qui ont été amenées à révéler leurs secrets, par suite de cette confiance nécessaire. « Plus loin : « Quel est le caractère que doivent présenter les faits dont le secret est prescrit par l'art. 378? Ils faut qu'ils aient été confiés sous le sceau du secret ou, à défaut de cette condition, qu'ils soient secrets de leur nature et que la connaissance en ait été acquise par le dépositaire dans l'exercice de sa profession... La plupart de vos arrêts ne distinguent pas entre les faits confidentiels et s'attachent uniquement à la circonstance qu'ils ont été confiés dans l'exercice de la profession. Cette solution, d'ailleurs, s'impose; car s'il en était autrement, la confiance du malade, du plaideur, serait le plus souvent trompée, et l'art. 378 ne les protégerait que d'une manière très imparfaite. Les faits secrets de leur nature tomberont donc sous le coup de l'art. 378.

Conformément à ces considérations, la Cour de cassation posa les principes suivants :

« Attendu que la disposition de l'art. 378 C. pén. est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir, à la charge du révélateur, l'intention de nuire; que c'est là ce qui résulte tant des termes de la prohibition que de l'esprit dans lequel elle a été conçue;

« Attendu qu'en imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation du secret, comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions et garantir le repos des familles, qui peuvent être amenées à révéler leurs secrets par suite de cette confiance nécessaire ; que ce but de sécurité et de protection ne serait pas atteint si la loi se bornait à réprimer les révélations dues à la malveillance, en laissant toutes les autres impunies ; que le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire ».

Plus récemment, la Cour de cassation a maintenu ces principes dans un arrêt du 13 juillet 1897, que nous avons signalé en son temps, à nos lecteurs. (V. *l'Écho médical du Nord*, 1898, p. 322). Il y était dit que la règle du secret professionnel « ne souffre aucune exception ».

Donc, reprenait M. Desjardins en revenant à l'espèce particulière soumise à la Cour suprême, « Au lieu d'autoriser, d'une façon vague et générale, le juge à puiser sa conviction dans un témoignage sur un fait professionnel, la Cour de Paris aurait dû, tout au moins, rechercher si ce témoignage n'avait pas été obtenu au mépris de la prohibition écrite dans l'art. 378 C. pén. Elle aurait dû se demander si la révélation avait été faite avec connaissance et si elle ne portait pas sur un fait secret de sa

nature. On pourrait soutenir que son arrêt manque de base légale.

J'incline à penser qu'il vous est permis d'aller plus loin, parce que l'arrêt attaqué indique clairement que le témoignage porte sur « un fait professionnel ». Or l'appréciation de ce fait professionnel vous appartient. Peut-être suffirait-il de constater que le docteur F... a révélé un fait, l'existence d'une fistule urinaire, dont il avait acquis la connaissance dans l'exercice de sa profession. Votre arrêt serait encore mieux compris, si vous précisiez que le fait était « secret de sa nature ».

Je conclus à la cassation d'autant plus volontiers qu'il importe de maintenir plus énergiquement, à l'heure actuelle, l'obligation du secret professionnel. L'honneur de certaines professions est en jeu. Il y a des obligations morales contre lesquels rien ne doit prévaloir. »

Ces conclusions ont été consacrées, le 1[er] mai 1897, par l'arrêt suivant :

La Cour : — Vu l'art. 378 C. pén. :

Attendu que les conclusions prises en appel par Bousquet demandaient à la Cour de « dire et juger que la déposition faite dans l'enquête par le docteur F... constituait une violation du secret professionnel d'ordre public, imposé par l'art. 378 C. pén., les faits révélés n'ayant pu être connus de lui qu'à raison de sa profession de médecin ; qu'en conséquence, les premiers juges ne pouvaient baser leur décision sur une déposition qui constituait la violation d'un principe d'ordre public, et même un acte délictueux »

Attendu, qu'à cet égard, les juges du fond se sont bornés à répondre que « quelque étroite que soit l'obligation qui dérive du secret professionnel, il n'enlève pas au magistrat sur l'intervention duquel est apporté un témoignage sur un fait professionnel, le droit de demander à cette déclaration un élément de preuve pour la manifestation de la vérité qu'il lui appartient de poursuivre » ;

Mais attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que le fait, secret de sa nature, sur lequel F... avait été appelé à déposer, n'avait pu être connu de lui qu'à raison des soins qu'il avait donnés à son client, et que, pour ce motif, il lui était interdit de le révéler :

Attendu que le témoignage d'un médecin, ainsi provoqué et fourni au mépris de la prohibition édictée par l'art. 378 C. pén., ne saurait servir de fondement à une décision de justice, et qu'en décidant le contraire, l'arrêt attaqué a violé le texte de loi ci-dessus visé ;

Casse l'arrêt de la Cour de Paris du 6 mai 1897.

Concluons nous-mêmes. Aux yeux de la Cour de cassation, qui est la Cour régulatrice de la jurisprudence française, et dont, en pratique, la doctrine finit par s'imposer aux tribunaux de tous ordres, — l'obligation du secret professionnel prime l'obligation de témoigner en justice, pour tous les faits dont le médecin n'a pu avoir ou n'a eu connaissance qu'en raison de sa profession ou dans l'exercice de sa profession.

Dans l'espèce sur laquelle est intervenue la décision que nous venons de signaler, le docteur D... aurait dû, croyons-nous, se refuser à déposer. Il ne l'a pas fait : nous n'irons peut-être pas jusqu'à dire qu'il puisse encourir, de ce chef, une responsabilité pénale, car si le délit pénal de révélation de secret existe même sans intention de nuire, il suppose tout au moins une intention criminelle distincte impliquant un dol, — mais nous ne serions nullement étonné qu'un tribunal considérât sa responsabilité civile comme engagée conformément à l'art. 1383 C. civ. relatif au quasi-délit.

J. Jacquey.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Vendredi 7 juillet 1899 a eu lieu le 3[e] Dîner de l'année de l'*Association de la Presse Médicale Française*, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le D[r] Lucas-Championnière, Syndic. — 30 personnes assistaient à la réunion.

1° Nominations. — Ont été élus : *a) Membres titulaires*, M. le P[r] Budin (de Paris), Rédacteur en chef de l'*Obstétrique;* M. le D[r] Pozzi (de Paris), Rédacteur en chef de la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. — b) Membre honoraire* : M. le D[r] Gorecki (de Paris), ancien membre titulaire, ancien Rédacteur en chef du *Praticien.*

2° Candidatures. — Sont nommés Rapporteurs des candidatures de M. le D[r] Lemoine, Rédacteur en chef du *Nord Médical* (Lille); de M. le D[r] Toulouse, Rédacteur en chef de la *Revue de Psychiâtrie* (Paris) : MM. les D[rs] Thouvenaint et Rodet.

MM. les D[rs] Delefosse, Noir, et Georges Baudouin sont nommés Rapporteurs des candidatures de MM. Duchamp (de Saint-Etienne), Boix (de Paris), Ricard (de Paris), damandant à remplacer MM. les D[rs] Chavianis, Duplay et Lesourd, comme Rédacteurs en chefs, désormais, de la *Loire Médicale*, des *Archives générales de Médecine*, et de la *Gazette des Hôpitaux*.

3° Correspondance. — M. le Secrétaire lit une lettre de M. le D[r] Laborde, Syndic, absent de Paris, relative à la question des *Chemins de Fer* ; de M. Lesourd fils (remerciements).

4° Comptes de 1898. — Les comptes de l'année de 1898 avaient été approuvés à la séance précédente.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. J.-E.-A. Chatelin, interne des hôpitaux, de Bray-sur-Somme (Somme), a soutenu avec un très grand succès, le lundi 17 juillet 1899, sa thèse de doctorat (5[e] série, n° 130), intitulée : **difficultés opératoires, accidents et complications de l'intubation laryngée dans le croup.**

UNIVERSITÉ DE PARIS

Ont été, après concours, nommés **chefs de clinique** des maladies mentales, MM. les docteurs Roques de Fursac et Manheimer.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Officier de la Légion d'honneur. — M. le docteur Chédan, médecin en chef de 1[re] classe des colonies.

Chevalier de la Légion d'honneur. — MM. les docteurs SALLEBERT et SIMON, médecins principaux ; RIMBERT et MACLAUD, médecins de première classe ; Madame CHANTELU, en religion sœur Ursule, à la Martinique.

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs BERTIN-SANS, agrégé, et HÉDON, professeur à la Faculté de Montpellier ; CATOIS, GUILLET, professeurs, CHEVREL, chargé de cours à l'école de Caen ; GÉMY et VINCENT, professeurs à l'école d'Alger ; LEFOUR, professeur, et LAGRANGE, chargé de cours à la Faculté de Bordeaux ; MONTFORT, professeur à l'école de Nantes ; PONCET, professeur à la Faculté de Lyon ; PRENANT, professeur à la Faculté de Nancy ; TAPIE, professeur à la Faculté de Toulouse ; TESSON, professeur à l'école d'Angers ; OGIER et SANDOZ, chefs de laboratoire à la Faculté de Paris, DAGRÈVE, de Tournon ; LAISNEY, de Coutances.

Officiers d'Académie. — BINAUD et SABRAZÈS, agrégés à la Faculté de Bordeaux, BOSC et PURCH, agrégés à la Faculté de Montpellier ; CASTEX, professeur à l'école de Rennes ; CHASSEVANT et GILBERT, agrégés à la Faculté de Paris ; CONDAMIN, DOYON et VALLAS, agrégés à la Faculté de Lyon ; FOURIAUX, chef de clinique à l'école de Clermont ; JACQUES, agrégé à la Faculté de Nancy ; MOREL et PÉNIÈRES, agrégés à la Faculté de Toulouse ; PERRIOL, chargé de cours, et PORTE, professeur à l'école de Grenoble ; POISSON et RAPIN, professeurs à l'école de Nantes ; THOURY, chef des travaux à l'école de Marseille ; BERNASCONI, de Bourg ; CROCHET, de Paris ; LA SAIGNE, de Tournon ; REIGNIER, de Moulins.

Chevaliers du Mérite agricole. — MM. les docteurs GAUCHOT, de Chambois (Orne) ; BONNEFOUS, de Randan (Puy-de-Dôme) ; CHAYRON, de Villefranche de Longchapt (Dordogne) ; TRILHE, de Mazarnet (Tarn) ; DUMOLIN, de Haubourdin (Nord).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GUERLAIN, de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; ANGÉARD de Mareuil (Dordogne) ; DELAVAUX, de Dieue (Meuse) ; PELTIER, de Paris ; PONCET (de Cluny), médecin principal de l'armée en retraite.

OUVRAGES, BROCHURES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Prédispositions tuberculeuses : terrains acquis et innés propices et tuberculoses, par le professeur LANDOUZY, *Revue de médecine.*

— **Cures de sanatorium simple et associée**, par le professeur LANDOUZY, Carré et Naud, Paris, 1899.

— **Etudes sur les lésions produites par la ligature expérimentale des vaisseaux de la rate**, par MM. CARRIÈRE et VANVERTS, *Archives de médecine expérimentale*, juillet 1899.

— **Service électrothérapique et radiographique de l'hôpital suburbain de Montpellier**, par MM. IMBERT et BERTIN-SANS.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

28e SEMAINE, DU 9 AU 15 JUILLET 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	1	7
3 mois à un an	18	12
1 an à 2 ans	4	5
2 à 5 ans	4	2
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	7	7
40 à 60 ans	11	1
60 à 80 ans	7	7
80 ans et au-dessus	»	3
Total	54	47

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2	7	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	3	»	»	1	»	»	5	14	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	7	»	»	1	»	»	»	»	»	5	16	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	5	12	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	3	6	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	2	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	8	15	4
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»	1	4	10
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	6	»	6	»	»	3	»	»	»	»	»	5	17	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	»	6	5
Total	»	3	1	»	»	2	»	5	11	1	21	»	1	12	2	1	2	2	»	36	101	122

N° 133. Troisième Année, N° 31. Le Numéro : **10** centimes. 30 Juillet 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Congrès français de Médecine

Ve SESSION — LILLE 1899

Le cinquième Congrès français de médecine s'est ouvert vendredi 28 juillet, à dix heures du matin, au Palais Rameau.

La salle était bien aménagée, décorée de drapeaux et de plantes vertes.

Un grand nombre de médecins français et étrangers assistaient à la séance d'ouverture.

Sur l'estrade avaient pris place : M. le professeur GRASSET, de Montpellier, président du Congrès, ayant à sa droite M. DELORY, maire de Lille, et à sa gauche M. DE LAPERSONNE, doyen de la Faculté de médecine.

MM. LEMOINE, président du comité d'organisation ; COMBEMALE, secrétaire général du Congrès ; RENAUT, de Lyon ; HUCHARD, de Paris ; PITRES, de Bordeaux ; MOSSÉ, de Toulouse ; CALMETTE, DESPLATS, DEBIERRE, PEUGNIEZ, MOTY, etc.

A dix heures, M. GRASSET déclare le Congrès ouvert. M. DELORY, au nom de la Ville de Lille, souhaite la bienvenue aux Congressistes.

M. LEMOINE prend la parole. Il remercie le grand savant dont s'honore la médecine française, M. le professeur GRASSET, et tous ceux qui ont contribué à la bonne organisation du Congrès. Lille n'a pas à offrir, comme Montpellier, le prestige d'un nom lié entièrement à l'histoire de la médecine, ni comme Nancy un héritage scientifique considérable. Elle est la plus jeune des universités, mais elle espère que sur le sol vivace de la Flandre elle saura développer son originalité propre, et marcher fièrement à côté des Universités qui l'ont précédée dans la vie. Après lui M. le Professeur GRASSET prononce, sur l'Évolution médicale en France au XIXme siècle, le magistral discours suivant :

MESSIEURS,

Il suffit de rappeler que les quatre premiers Congrès français de médecine ont été successivement présidés par POTAIN, BOUCHARD, PITRES, et BERNHEIM pour faire comprendre, sans autre phrase, la reconnaissance — je dirai presque la confusion — de celui que vous avez appelé à présider votre cinquième session.

Je sais que la plus grande part de l'honneur revient à la Faculté de Montpellier que vous avez voulu remercier de sa cordiale réception de 1898.

Mais je n'en considère pas moins comme le couronnement de ma carrière scientifique l'honneur d'avoir été choisi pour porter le salut de l'Université du Midi à cette grande Université du Nord qui, en peu d'années, a su ajouter un si beau fleuron à l'ancienne et magnifique couronne de la capitale des Flandres françaises.

Vous-mêmes verrez, certainement, Messieurs, dans cette affluence de confrères venus de tous les points de la France et de ces pays voisins, qui sont de langue et de cœur français, la reconnaissance et la consécration de vos laborieux efforts et des brillants résultats obtenus.

Vous remarquerez même volontiers, avec moi, que ce Congrès, si aimablement et si soigneusement préparé par vous tous et qui restera le Congrès de Lille, reçoit de sa date un caractère spécial de grandeur et de solennité.

C'est le dernier Congrès français qui doive porter le millésime de mil huit cent.

N'éprouvez-vous pas un peu de mélancolie et une réelle émotion à voir s'achever un siècle dont l'œuvre a été si considérable en médecine comme dans toute les branches de l'activité humaine et à voir finir un temps où il a été si « bon de vivre, quand on s'intéresse aux choses de la médecine »

Ne trouvez-vous pas, en tout cas, que l'heure est propice pour jeter un large regard sur ce grand siècle, au moment où

Ce coucher d'un soleil est d'un autre l'aurore,

et pour montrer combien la marche en avant de la vérité médicale a été rapide et continue dans notre pays ?

J'ai été, pour ma part, séduit par cette pensée qui m'a paru opportune, et puisque je suis condamné à vous infliger aujourd'hui un discours, il m'a semblé que le meilleur moyen de me faire excuser et écouter était de marquer devant vous les *grandes étapes de l'évolution médicale en France au XIXme siècle*, en indiquant l'importance et l'intimité des *rapports* qui unissent *ce mouvement médical* au mouvement littéraire et philosophique, ou, pour mieux dire, à l'*ensemble du mouvement intellectuel* de notre pays à cette époque.

En esquissant ainsi rapidement l'histoire de la médecine française dans ces derniers cent ans, j'essaierai de vous démontrer qu'elle se résume en deux choses : d'une part, *la merveilleuse accumulation de très nombreux faits nouveaux et de découvertes de premier ordre et, d'autre part, l'évolution, souvent inconsciente ou inavouée, mais positive et continue, du Vitalisme philosophique et synthétique de* Barthez *et de* Bichat, *au Vitalisme expérimental et analytique de* Laennec, Claude Bernard et Pasteur.

I

Deux noms, Messieurs, doivent, en effet, être inscrits tout d'abord en lettres d'or comme sur le solennel Portique qui donne accès au XIXme siècle : ce sont ceux de Barthez et de Bichat, dont les statues sont si justement placées au seuil des Facultés de Montpellier et de Paris.

Le Chancelier de l'Université de Montpellier a d'abord introduit en médecine la méthode inductive, la méthode de Bacon, qui faisait déjà la force d'autres sciences et qui devait rester la méthode scientifique et vraiment féconde de toute la médecine du XIXme siècle.

En second lieu, il dégagea les phénomènes vitaux, montra que la vie a son autonomie et ses lois, que l'être vivant réagit par lui-même, à sa manière, dans son unité indépendante, vis-à-vis des éléments étrangers et des causes de maladie. En fondant ce large vitalisme que nous verrons reparaître, après des fluctuations, à la fin même de ce siècle, il fonda, à proprement parler, la Biologie qui est la science de la vie.

Cette dernière gloire, Bichat la partagea avec Barthez.

Car Bichat, comme Barthez, étudie l'être vivant à part, montre ses réactions vis-à-vis du monde extérieur, et quand il définit la vie « l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort » il proclame le vitalisme et crée, lui aussi, la Biologie.

Mais en même temps (et ceci est sa gloire propre) il fonde l'Anatomie générale.

Il ne se contente plus d'étudier les organes, les uns après les autres, comme des individualités distinctes ; il étudie les éléments communs à ces divers organes, il crée la « science des parties similaires » ; « le premier, il introduit dans la science la notion des tissus, c'est-à-dire d'éléments différents qui, par leur réunion, constituent des organes plus ou moins complexes et possédant des propriétés variables. »

Et, ces tissus, il les étudie et les décrit aussi complètement qu'on peut le faire sans microscope.

Et il voit l'importance de ce groupement par systèmes à l'état morbide comme à l'état normal : il crée ainsi du même coup l'anatomie générale et l'anatomie pathologique générale.

Ainsi s'ouvrait brillamment pour la médecine ce XIXme siècle que la Révolution française et une profonde évolution littéraire séparent du XVIIIme siècle et qui constitue vraiment une époque nouvelle dans toutes les branches des connaissances humaines.

A ce moment, Madame de Staël écrit qu'« il faut avoir l'esprit européen », et, suivant l'expression de Théophile Gautier, Chateaubriand « rouvre la grande nature fermée » : c'est la naissance du romantisme, de cette grande École littéraire qui réagit contre l'imitation, base de l'École classique, et veut que la France, « puisqu'elle existe », ait « une littérature à elle et non d'emprunt, une littérature nationale », originale dans la forme et les procédés comme elle l'était depuis longtemps dans le fond.

La première grande explosion du progrès se fait vers les sciences avec Laplace et Monge, Berthollet et Fourcroy, Chaptal, Cuvier, Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire.

Mais bientôt l'épanouissement intellectuel se fait simultanément dans tous les sens.

L'année de la découverte de l'auscultation, en 1819, de Maistre et de Bonald ont plus de 60 ans. Mais Maine de Biran, Paul-Louis Courrier, Béranger, Lamennais et Stendhal sont dans la force de l'âge. Et si Victor Hugo,

Prosper Mérimée, George Sand et Sainte Beuve ne sont que des adolescents, Guizot, Villemain, Lamartine, Cousin, Casimir Delavigne, Augustin Thierry, Mignet, Alfred de Vigny, Michelet et Balzac ont atteint ou dépassé vingt ans.

Quelle pléiade !

En médecine, les Écoles de santé ont été fondées à Paris, Montpellier et Strasbourg, et l'Université de France vient d'être créée. La première période de fondation de la Biologie et de l'Anatomie générales que nous avons incarnée dans Barthez et Bichat est terminée et une deuxième période s'épanouit, que nous pouvons appeler *la première École clinique française du XIX*me *siècle*.

II

La première Clinique française avait été fondée à Montpellier, par Baumes et par Fouquet et y était représentée par Charles-Louis Dumas.

A Paris, le premier professeur de Clinique médicale est Corvisart. Ce grand médecin fait connaître en France et perfectionne la percussion qu'Auenbrugner avait découverte 25 ans avant, mais qui est restée peu connue et peu répandue, même en Autriche. En même temps, il fonde l'étude clinique des maladies du cœur que, la veille encore, Portal déclarait impossible.

Après ces précurseurs, qui marquent simplement la voie, apparaît la grande figure de Laënnec, dont le nom domine et personnifie, en quelque sorte, toute cette première École clinique.

Une découverte comme celle de l'auscultation suffit à établir une gloire et à immortaliser un nom. Mais pour établir la pérennité de cette gloire, il faut encore que l'auteur ait non seulement trouvé, mais qu'il ait porté sa découverte à la perfection, « moissonnant à pleines mains dans ce nouveau champ d'observation et laissant à peine de quoi glaner à ses successeurs ».

C'est ce qu'a fait Laënnec et c'est pour cela qu'on peut le classer parmi nos gloires nationales.

Laënnec a écrit, d'une manière définitive sur bien des points, le chapitre entier de la Pathologie des voies respiratoires et, en même temps, il l'a fait aussi, de haut, avec les idées élevées et générales qui caractérisent le grand médecin.

Lui, que nous verrons si puissant anatomopathologiste, il cherche et trouve l'état général, l'état de l'organisme vivant pris dans son unité, derrière les états locaux qu'il analyse cependant si bien, et cela qu'il s'agisse des maladies chroniques ou des maladies aiguës. Cela le fait appeler par Broussais « l'amant du vague et de l'insubstantiel » et le fait traiter de sophiste et d'« ontologiste ». Comme la distance rapetisse la valeur de ces discussions dans lesquelles un sarcasme ou une injure, souvent applaudis par la foule du jour, remplaçant les arguments qui seuls impressionneraient la postérité !

Après toutes ses découvertes et malgré toutes les clabauderies des contemporains, Laënnec reste, jusqu'à la fin de sa carrière, l'homme qui s'écriait, dans sa thèse inaugurale : « Le majestueux édifice de la doctrine hyppocratique peut encore être offert sans crainte, après vingt-cinq siècles, à l'examen le plus sévère et à l'admiration des médecins observateurs.. »

Laënnec reste un Vitaliste de génie.

III

La troisième des périodes que nous sommes obligé d'établir par une division, nécessairement un peu artificielle, du XIXme siècle, comprend le développement de l'anatomie pathologique, des scienees physicochimiques et naturelles, de la physiologie.

1. Chronologiquement, le premier nom à inscrire dans l'histoire de l'*Anatomie pathologique* est celui de Bayle, que Broussais appelait ironiquement « le patriarche des anatomopathologistes modernes », et dont les travaux sur la phtisie pulmonaire sont cités encore partout aujourd'hui.

Puis nous retrouvons Laënnec, dont l'œuvre anatomopathologique n'est pas inférieure à l'œuvre clinique ; les deux se complétant sans se nuire et se développant d'une manière absolument admirable dans une aussi courte existence.

La chose éclate surtout à propos du tubercule, dont il a décrit si nettement l'évolution que Broussais l'accusait de « trancher du devin » « avec une étonnante intrépidité » comme s'il avait « été dans l'intérieur du corps de ces malades ». Qu'eût-il dit, si comme nous, il avait vu l'effort entier du XIXme siècle confirmer définitivement cette unité de la tuberculose que Laënnec avait établie, au nom de la clinique et de l'anatomie pathologique ?

Cette anatomie pathologique, Laënnec la travaille si heureusemeut et l'enrichit de tant d'importantes découvertes qu'il la crée réellement comme science à part : on peut le dire sans exagération.

Après Bayle et Laënnec, il faut citer Broussais, qui fut un ouvrier d'une rare vigueur dans l'édification de l'anatomie pathologique. Les écarts de langage, la violence de ses polémiques, qui n'étaient que les défauts de ses qualités, les dangers de son système, que ses élèves avaient encore aggravés et qu'il suffit aujourd'hui d'oublier, ne doivent pas faire perdre de vue ses travaux vrais et l'impulsion qu'il a su donner aux recherches anatomopathologiques. On peut dire qu'à bien des points de vue, l'Histoire des phlegmasies chroniques « a rendu un immense service à la médecine ».

Cette constitution de la science anatomopathologique est ensuite complétée par Cruveilhier qui la codifie en quelque sorte dans son magnifique Traité, monument impérissable

élevé à l'anatomie pathologique, recueil magistral de faits, qui n'a pas vieilli.

La province n'était d'ailleurs pas restée en retard dans cette période d'instauration de l'anatomie pathologique ; on peut même dire que Strasbourg avait devancé Paris dans cette voie.

Ces études, depuis longtemps en honneur dans cette École, se personnifient d'abord dans LOBSTEIN, qui publia le premier livre d'anatomie pathologique paru en France et pour qui fut créée la première chaire française d'anatomie pathologique, quinze ans avant celle de Paris, et ensuite dans EHRMANN, son successeur immédiat.

L'anatomie pathologique est bientôt complétée par l'*Histologie*, et, ici encore, la province prend la tête du mouvement et devance Paris.

C'est à la Faculté des Sciences de Strasbourg que, dès 1839, LEREBOULLET « inaugura en France et, pendant plus de trente ans, s'efforça de vulgariser l'enseignement de l'Histologie », comme l'a très justement dit son fils dans la pieuse dédicace de son Manuel du microscope. De là, ces études et cet enseignement passèrent à la Faculté de Médecine, où KÜSS, LAUTH, MICHEL, MOREL, WILLEMIN, KŒBERLÉ, ARONSSOHN, FELTZ les représentèrent brillamment.

A Paris, après la timide tentative de DONNÉ en 1844, ROBIN ouvrit, en 1850, un laboratoire d'histologie et y préluda à l'enseignement officiel, qui ne fut inauguré qu'en 1862. Son œuvre fut considérable dans l'étude des tissus et surtout des humeurs.

L'élan est dès lors donné : il a été suivi de toutes parts.

La *Chimie* biologique naît avec le XIXme siècle et s'incarne glorieusement, dès le début, dans les noms de FOURCROY à Paris et CHAPTAL à Montpellier.

Autour et à la suite de ces noms se groupe toute une École qui a transformé la chimie organique et fait la chimie médicale et la toxicologie.

L'étude des *Sciences naturelles* en elles-mêmes et dans leurs applications à la médecine est brillamment inaugurée en même temps : à Paris par ANTOINE-LAURENT DE JUSSIEU, l'organisateur du Muséum, et à Montpellier par DE CANDOLLE, dont on a pu dire qu'il avait fondé une seconde fois notre Jardin botanique.

C'est l'époque où les CUVIER et les GEOFFROY SAINT-HILAIRE transformaient la zoologie et l'anatomie comparée.

A leur suite, dans les deux sens, une grande École !

Enfin, Messieurs, cette même période comprend la naissance et le rapide développement de la *Physiologie* moderne.

MAGENDIE et FLOURENS, à des degrés divers et avec des qualités différentes, créent la physiologie expérimentale, en même temps la font connaître et aimer et fondent ainsi vraiment une École physiologique qui est presque immédiatement illustrée et personnifiée par Claude BERNARD.

Comme l'a dit un juge des plus compétents, l'œuvre de Claude BERNARD « embrasse presque tout le domaine de la physiologie. Elle est marquée, dans chaque branche, par quelque découverte importante. Les deux découvertes, tout à fait hors de pair, sont relatives à la fonction glycogénique du foie et aux nerfs vasomoteurs, constricteurs et dilatateurs. Là, il a tout créé et son œuvre reste définitive ». De plus, il a fondé la physiologie générale : « il a opposé à l'opinion,.... qui arrêtait à l'homme les lois de l'animalité, la notion plus large de la généralité essentielle des phénomènes de la vie, de l'homme à l'animal et de l'animal à la plante ».

Il est ainsi « l'inventeur et le législateur de la science physiologique ». On a même pu dire qu'il fut « la physiologie même ».

Avec plus de raison encore, on doit dire qu'il fut un philosophe.

Non seulement il proclame utile et nécessaire l'union de la science et de la philosophie, mais, à côté et en dehors des faits dont il analyse si bien le déterminisme, il proclame la nécessité des idées générales. Il complète ainsi, par la critique expérimentale, l'induction Baconienne, trop étroitement envisagée par beaucoup.

C'est ainsi qu'il comprend et caractérise la vie par « une idée créatrice qui se développe et se manifeste par l'organisation » et par la loi d'évolution qui est le trait le plus remarquable des êtres vivants et par conséquent de la vie ».

Tout en connaissant et analysant les rapports intimes et réciproques qui unissent le monde vivant et le monde inorganique, il montre que « les sciences biologiques se soudent aux sciences naturelles et physiques », mais ne se confondent pas avec elles.

Il proclame « ce qu'il y a de spécial dans les manifestations de la vie » en même temps qu'il étudie « ce qu'il y a de conforme à l'action des forces générales ».

C'est pour cela que nous le plaçons parmi les vitalistes et que nous le proclamons un des plus grands artisans de l'évolution du vitalisme au XIXme siècle.

Et son action ne s'est pas exercée seulement sur le milieu médical : il a mis son enseignement en communication avec le « monde » ; il a intéressé à la physiologie « tout ce qu'il y a d'esprits cultivés — d'honnêtes gens, comme on parlait jadis » ; il a fait entrer l'objet de ses études dans la « littérature générale ».

On peut même dire qu'à ce titre il a agi sur la pensée contemporaine « comme en leur temps DESCARTES, PASCAL, BUFFON et CUVIER ». « Il fut vraiment un maître des intelligences ».

Pour avoir une idée de cette grande influence extra-médicale, il suffit de se rappeler que Claude BERNARD se place, comme âge, entre Auguste COMTE et LITTRÉ d'une part, LECONTE de LISLE, FLAUBERT, RENAN et TAINE de l'autre.

Si le romantisme n'avait subi aucune influence des pro-

grès scientifiques du XIXme siècle (il ne connaissait que la science de BUFFON et plaisantait DARWIN), l'action de la science fut, au contraire,considérable sur cette grande révolution, qui vers 1850, fit passer la littérature française, du romantisme individualiste, autoobservateur et subjectif, qui « ne sait que son âme » et ne veut décrire qu'elle, au naturalisme (ou réalisme) observateur, objectif, impersonnel et impassible, qui s'affirme dans l'histoire, la critique, le roman, même au théâtre et dans la poésie, et qui est en quelque sorte le résultat de la pénétration de l'esprit scientifique dans les diverses branches de la pensée et de l'activité humaines.

Les faits, trop dédaignés par les romantiques, prennent à ce moment « leur revanche. Le réalisme triomphant du romantisme, c'est le triomphe de la science sur l'imagination et le sentiment ».

Claude BERNARD occupe une place considérable dans cette école scientifique qui a fait « passer ses idées dans le courant de la circulation intellectuelle générale » et dont l'expansion et l'influence sociales ont ainsi été si grandes.

C'est pour cela que, comme LAËNNEC, Claude BERNARD mérite d'être placé parmi nos gloires nationales.

IV

La troisième période, que nous venons d'étudier et qui a vu naître et se développer l'anatomie pathologique, l'histologie, la physiologie, la physique et la chimie biologiques et l'histoire naturelle médicale, s'étend environ de 1825 à 1875.

En même temps les cliniciens s'efforçaient d'appliquer toutes ces découvertes à la médecine proprement dite qui progressait d'autant. C'est là l'œuvre que nous appellerons la *deuxième École clinique* du XIXme siècle, *quatrième période* de notre historique.

Cette œuvre des cliniciens étant parallèle à celle des savants de laboratoire, cette quatrième période est contemporaine de la troisième : comme cette dernière, elle occupe le deuxième et le troisième quart du siècle.

Dès le début, l'anatomie pathologique parut être un danger pour la clinique : l'abus qu'on en fit et qui en dénatura la valeur mit en péril la vraie médecine.

Cette regrettable période est symbolisée dans BROUSSAIS, qui ne voulut plus voir chez le malade que la lésion, le cri de l'organe souffrant ; puis cet organe souffrant fut toujours le tube digestif ; sa seule lésion fut l'inflammation et toute la thérapeutique se réduisit aux émissions sanguines, dont on abusa d'une manière lamentable.

Cette médecine que BROUSSAIS appelait à tort « physiologique » était simplement un anatomisme outré, supprimant la maladie qui devenait un être imaginaire, admis exclusivement par les médecins « semiacéphales » qui faisaient encore de l'ontologie.

Les cliniciens durent tout d'abord combattre ces exagérations néfastes : on y perdit un temps précieux.

L'École de Montpellier se consacra et se dépensa tout particulièrement à cette œuvre ingrate, mais nécessaire, de combat.

« Ces tenants des éternelles doctrines de l'autonomie, de l'unité et de la spontanéité vivantes » étaient représentés par FRÉDÉRIC BERARD, LORDAT, BROUSSONNET, CAIZERGUES.

A Paris, la lutte est vive aussi, mais avec des concessions plus grandes à l'anatomisme.

A ce moment, l'École clinique parisienne avait eu PINEL, CHOMEL, PIORRY et LOUIS, mais se personnifiait surtout dans BOUILLAUD et ANDRAL.

Aucun de ces hommes éminents ne tombe dans les exagérations de l'anatomisme comme BROUSSAIS.

Mais aucun n'a cette doctrine sûre qui sert de boussole au milieu des périodes de découvertes touffues.

PIORRY, qui complète l'étude de la percussion; se perd, comme PINEL, dans des essais de nosographie éphémères ; LOUIS exagère l'importance de la méthode numérique ; BOUILLAUD conserve trop de la thérapeutique Broussaisienne et ANDRAL dissimule mal sous le nom d'éclectisme ses fluctuations doctrinales.

Mais si tous les cliniciens n'osent pas encore à Paris relever le vitalisme en face de l'anatomisme et du physiologisme, du moins ils observent avec beaucoup de soin, ils accumulent les faits, multiplient les observations, appliquent les plus récents moyens d'investigation et forment ainsi une assise solide et définitive à la Clinique française du XIXme siècle.

C'est notamment l'époque où la thermométrie clinique commence réellement en France.

C'est, d'une manière plus générale, une période de développement tel pour la séméiologie que l'art du diagnostic est, à ce moment, porté pour ainsi dire à son maximum.

Si on peut grouper autour d'ANDRAL la première phase de cette quatrième période, le nom de TROUSSEAU en domine complètement la deuxième.

Avec son maître BRETONNEAU, de Tours, TROUSSEAU rétablit la doctrine de la spécificité dans les maladies, refait ainsi la nosologie vitaliste et restaure la thérapeutique rationnelle.

Le mouvement est du reste général et, dans la France entière, apparaît une puissante génération de pathologistes et de praticiens éminents, qui s'appellent BÉHIER, GRISOLLE, GUÉNEAU DE MUSSY, MONNERET et VALLEIX à Paris ; ANGLADA, COMBAL, DUPRÉ et FUSTER à Montpellier ; TEISSIER à Lyon ; LEUDET à Rouen ; les GINTRAC à Bordeaux ; LANDOUZY à Reims; HIRTZ et SCHUTZENBERGER à Strasbourg et Nancy ; CAZENEUVE et WANNEBROUCQ à Lille ; BONNEMAISON à Toulouse ; MAILLOT en Algérie.

Dans cette même deuxième École clinique du XIXe siècle qui constitue notre quatrième période, il reste enfin un groupe (et ce n'est pas le moins important) de médecins qui

se spécialisent (l'extension continue de la science nécessite et justifie la chose) et qui font progresser particulièrement une branche des sciences médicales.

Si le temps ne me pressait pas, je vous énumérerais les spécialistes de la pathologie générale, de l'anatomie normale et pathologique, de la thérapeutique, de l'hygiène, de la médecine légale, des maladies du cœur, des reins, du tube digestif, des maladies des enfants...

L'histoire des maladies de *l'appareil respiratoire*, si brillamment commencée par LAËNNEC et continuée par LOUIS, est complétée par MONNERET, qui introduit la palpation thoracique dans la clinique courante, BARTH et ROGER qui codifient l'auscultation et la percussion, WOILLEZ qui caractérise la congestion pulmonaire, et enfin VILLEMIN qui, en établissant l'inoculabilité de la tuberculose, apparaît comme le précurseur de la troisième École clinique qui appliquera les découvertes de PASTEUR.

Les maladies *vénériennes et cutanées* sont remarquablement étudiées : à Paris par l'École de Saint-Louis et du Midi, à Lyon par l'École de l'Antiquaille, plus récemment à Lille par LELOIR qui vous a été si prématurément enlevé.

Mais c'est certainement en *neuropathologie* que la Médecine française est la plus brillante.

Dès le commencement du siècle, CABANIS à Paris, et à Montpellier FRÉDÉRIC BERARD fondent, en quelque sorte, la psychophysiologie moderne, en étudiant, du reste à des points de vue différents, les rapports du physique et du moral.

Au même moment, PINEL, non seulement crée le traitement humain de l'aliénation mentale, mais encore fonde, avec ESQUIROL et BAILLARGER, la grande École des aliénistes français du XIXme siècle.

D'autre part, ROSTAN et LALLEMAND commencent l'anatomie pathologique des centres nerveux et étudient notamment le ramollissement cérébral, pendant qu'OLLIVIER D'ANGERS résume les données acquises sur les maladies de la moelle.

Enfin DUCHENNE DE BOULOGNE, BROCA, AXENFELD, VULPIAN et, au-dessus de tous, CHARCOT font de la neuropathologie ce qu'elle est encore aujourd'hui.

Ils ont merveilleusement appliqué l'analyse clinique et la méthode anatomoclinique, ils ont dégagé et caractérisé les grands syndromes qui constituent la pathologie nerveuse, ils ont appris à localiser les lésions dans le cerveau et dans la moelle, à y guider la main du chirurgien, à analyser les névroses, à utiliser l'hypnotisme....

CHARCOT est incontestablement le chef et la plus brillante incarnation de cette École. C'est lui qui a fait connaître et aimer le système nerveux, en France et à l'étranger, à tous ceux qui ont, après lui, trouvé encore à glaner dans ce magnifique champ d'observation.

Et aujourd'hui, devant la Salpêtrière, pendant que Paris sommeille, si les ombres de PINEL et de CHARCOT viennent animer leur bronze et « causer, la nuit », des choses de la neuropathologie française au XIXme siècle, elles peuvent mesurer avec orgueil le chemin parcouru dans la période que ces deux grands noms encadrent magnifiquement.

Je n'hésite donc pas à dire que, dans cette deuxième École clinique qui constitue notre quatrième période, ANDRAL est le chef de la première période (application de l'anatomie pathologique à la clinique), TROUSSEAU le chef de la deuxième (séméiologie et pathologie pratique) et CHARCOT le chef de la troisième (création et développement des pathologies spéciales).

Tous les hommes de cette grande École médicale contribuèrent puissamment à continuer et à accroître l'influence du mouvement médical sur les autres branches du mouvement intellectuel.

Quand Claude BERNARD avait proclamé utile et nécessaire l'union de la science et de la philosophie, cela avait pu paraître une nouveauté... renouvelée des Grecs, puisqu'HIPPOCRATE avait déjà dit : « Concluons qu'il faut transporter la philosophie dans la médecine et la médecine dans la philosophie ».

Les beaux travaux de l'époque médicale que nous étudions ont amené la réalisation littérale de ce vœu et vous savez les grands services que la philosophie et la médecine se rendent aujourd'hui mutuellement en allant s'instruire et enseigner l'une chez l'autre.

On trouve une autre preuve, au moins aussi curieuse, de cette expansion au dehors de l'idée médicale dans les transformations contemporaines du roman, quand on le voit appliquer la devise de STENDHAL « voir clair dans ce qui est », devenir « expérimental » et « documentaire », décrire les « états d'âme », faire des « planches d'anatomie morale » et faire « l'histoire naturelle » d'une génération, en même temps que la critique devient une « herborisation des esprits ».

V

Les travaux accumulés dans ces quatre premières périodes de notre histoire médicale étaient déjà suffisants pour illustrer le XIXme siècle, quand s'ouvrit une cinquième période qui porta à son apogée la gloire de la science française : c'est la période de la microbiologie, tout entière incarnée et personnifiée dans PASTEUR.

La ville de Paris a résumé, en style lapidaire, les immortelles découvertes de PASTEUR :

1857, *Fermentations* ; 1860, *Générations spontanées* ; 1865, *Maladies des vins et des bières* ; 1868, *Maladies des vers à soie* ; 1881, *Virus et vaccins* ; 1885, *Prophylaxie de la rage*.

Cette magnifique énumération, d'ailleurs incomplète, de découvertes, dont chacune eût suffi pour faire la gloire d'un

homme, prouve bien l'importance et l'étendue de cette œuvre.

Pour la célébrer, « tous les mots ont déjà été employés dans toutes les langues », comme le dit très bien le Président de l'Académie des Sciences dans cette inoubliable fête du Jubilé, où toute la France et l'Univers entier acclamèrent Pasteur entrant dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne au bras du Président de la République.

Aussi, trois ans après, lors des funérailles nationales faites à ce grand Français, alors que toutes les Académies et toutes les Sciences auraient pu prendre la parole et revendiquer une part de sa gloire, le Gouvernement parla seul, montrant que la France voulait le garder pour la Patrie entière et affirmant, une fois de plus, « le grand dogme français, l'unité de la gloire ».

Je ne tenterai donc pas l'effort impossible de « donner à l'éloge une forme nouvelle ».

D'ailleurs on en a reparlé éloquemment, ici-même, au pied du beau monument que vous avez inauguré pour perpétuer le souvenir, flatteur entre tous pour votre Université, du passage de Pasteur dans votre Faculté des Sciences.

Mais je crois qu'il appartient entièrement à mon sujet de montrer rapidement comment l'œuvre de Pasteur se place dans l'évolution médicale générale du XIXe siècle, comment elle la complète magnifiquement.

Dans l'homme malade, objet des sciences médicales, il y a l'homme et il y a la maladie.

On a commencé (et c'était nécessaire) par étudier ce qui se passe dans l'homme : sa structure et ses fonctions à l'état normal et pathologique, les troubles fonctionnels et anatomiques que la maladie entraîne chez lui.

C'est cette histoire, en quelque sorte subjective, du malade que le XIXe siècle avait faite jusque-là en accumulant découvertes et matériaux en anatomie pathologique, en physiologie, en séméiologie.

Ce mouvement avait été même si considérable et si rapidement fécond que, par une erreur d'optique familière à l'esprit humain, on avait cru tenir là et définitivement tous les termes du problème entier : on avait exagéré la spontanéité morbide, on n'avait vu que la lésion ou le trouble fonctionnel produits par la maladie, on avait nié qu'il y eût une étude à faire de la maladie et de l'agent pathogène en dehors de l'homme malade.

La clinique, retrouvant toujours la sagesse et la mesure au contact des faits, avait combattu et renversé ces exagérations et avait tout mis au point, acceptant largement et utilisant toutes les données acquises, mais comprenant aussi que tout n'était pas dit, qu'il y avait encore à faire l'étude de la maladie en dehors du sujet humain.

C'est cette lacune que Pasteur est venu combler merveilleusement et c'est pour cela que d'emblée la médecine a accueilli avec enthousiasme les découvertes de ce savant, qui lui semblait étranger par ses origines ; montrant, une fois de plus, combien on a tort quand on l'accuse si volontiers d'être une petite église intolérante et fermée.

Au point de vue médical, l'œuvre de Pasteur peut donc se résumer d'un mot : il a étudié l'agent de la maladie, en lui-même, hors de l'organisme humain.

Tout découle de là.

L'étude et la détermination scientifique de ces agents pathogènes rétablissaient définitivement le dogme de la spécificité morbide que les cliniciens avaient si péniblement défendu contre les anatomistes et les organiciens et que beaucoup n'osaient pas encore admettre.

Puis l'agent pathogène a été suivi dans l'organisme humain par Pasteur et ses élèves : ils analysent les défenses de cet organisme, les luttes vitales et chimiques contre le microbe et ses poisons ; et de là dérivent de merveilleuses déductions en Pathologie générale, telles que la théorie moderne du virus, de l'agent infectieux, de la contagion et de l'immunité, et surtout les plus fécondes applications prophylactiques et thérapeutiques, telles que l'atténuation des virus et les vaccinations, l'antisepsie et l'asepsie chirurgicale et obstétricale, la prophylaxie de la rage, plus tard la thérapeutique de la diphtérie et peut-être du tétanos.

Et des centaines d'existences humaines sont sauvées par ces découvertes initialement si abstraites, d'apparences si purement scientifiques et si complètement théoriques.

Voilà comment, en précisant l'étiologie, en dotant la thérapeutique de moyens nouveaux, en transformant l'hygiène, Pasteur a merveilleusement complété toute l'œuvre médicale antérieure du XIXme siècle, sans rien détruire, du reste, des acquisitions sérieuses que la médecine traditionnelle avait accumulées avant lui.

Il a ajouté un magnifique étage à l'antique édifice médical.

VI

Vous espérez peut-être, Messieurs, que j'ai fini, que ma tâche est entièrement remplie et que j'ai épuisé l'histoire entière de la Médecine française à notre époque.

Je n'ai en effet plus qu'un mot à dire, mais ce mot est nécessaire.

Il reste à indiquer une sixième et dernière période, qui est la période actuelle : c'est la *troisième École clinique* française du XIXme siècle.

Dans cette École nous ne citerons aucun nom, non certes qu'elle manque d'hommes éminents, mais parce que, Dieu merci, ils vivent encore ; et je me suis fait une loi de ne vous citer que des morts. Il suffira de caractériser sommairement son œuvre qui se fait encore et qui est du reste la vôtre, à vous tous, Messieurs.

La deuxième École clinique, qui va d'Andral à Trousseau et à Charcot, avait appliqué à la médecine l'anatomie

pathologique, la physiologie et les sciences physicochimiques et naturelles. La troisième applique de même à la médecine l'histoire naturelle des agents pathogènes et refait ainsi l'étiologie et la pathogénie avec leurs applications en hygiène et en thérapeutique.

Mais vous vous rappelez qu'au début notre deuxième École clinique eut à lutter laborieusement contre les exagérations et les fausses déductions dont les découvertes anatomophysiologiques étaient le point de départ, d'ailleurs irresponsable.

Il en a été de même dans la période actuelle.

La naissance et le rapide développement de la microbiologie ont d'abord paru tout renverser dans la vieille clinique et vouloir substituer un monde nouveau à l'ancien monde de la médecine traditionnelle.

La vie, si merveilleusement révélée et étudiée, des agents pathogènes en dehors de l'organisme remplace la vie de l'organisme qui n'est plus nécessaire ; la contagion remplace l'hérédité ; la spontanéité morbide, le tempérament et la diathèse ne sont plus que des mots historiques (j'allais dire préhistoriques), ne répondent plus à rien de réel. L'organisme n'est qu'un terrain de culture plus ou moins favorable, sans activité propre ; toute la vie et par suite toute l'étude intéressante et utile se concentrent dans la graine.

Tout cela n'était qu'exagération.

En réalité, l'œuvre de Pasteur converge, entière, vers l'extension du domaine de la vie, en la démontrant même là où les vitalistes les plus convaincus n'avaient pas osé la chercher, jusque dans l'air et ses poussières. Il n'était donc pas possible que ces découvertes eussent ruiné l'ancien vitalisme en annihilant l'activité propre de l'être vivant par excellence, l'homme, et en le réduisant au rôle passif de terrain inerte.

Et en effet, dès que cette science nouvelle voulut s'appliquer à la clinique, on vit, cette fois encore, que les découvertes d'un homme ou d'un siècle, quelque grandes qu'elles soient, ne peuvent jamais faire autre chose qu'étendre le domaine des faits déjà acquis par les hommes et les siècles passés, sans en détruire ni en supprimer un seul.

La clinique étudia les agents pathogènes chez l'homme, analysa les résistances et les luttes de son organisme vivant contre ces microorganismes venus de l'extérieur. La vie de l'homme s'affirma une fois de plus et plus scientifiquement que jamais.

La vie des microbes n'avait en rien supprimé la vie des êtres supérieurs et l'ancien vitalisme ne recevait des découvertes modernes qu'une démonstration nouvelle et une expansion plus considérable.

La fièvre, l'inflammation sont des actes de défense ; les lésions d'organes ne sont que des localisations de la maladie redevenue un état général, une modalité de l'être vivant, qui rencontre ainsi et conserve son unité, son autonomie et son activité propre, base même de la doctrine vitaliste.

L'homme n'est donc pas un terrain inerte de culture pour le microbe ; il faut qu'il l'accueille; il est lui même l'auteur de la maladie, qui redevient, non la vie d'un microorganisme, mais la lutte de l'être vivant contre l'agent pathogène.

C'est l'être vivant qui est l'agent de la crise et de la guérison et c'est lui que la thérapeutique sollicite et fait réagir.

L'ère microbiologique a donc ruiné ce qui pouvait rester encore d'organicisme et d'anatomisme et a restauré magnifiquement le vieux vitalisme en donnant à sa formule philosophique et synthétique ancienne une démonstration analytique et expérimentale : Barthez l'a formulé à l'entrée même du siècle, Laënnec l'a analysé chez l'homme malade, Claude Bernard, chez l'homme bien portant, et Pasteur dans l'agent pathogène et le mécanisme de son action, chacun de ces noms étant pris pour personnifier en quelque sorte une école et une époque.

Arrivé au terme de cette Revue historique, dont l'intérêt peut seul faire pardonner la longueur, je crois pouvoir dire que la Science médicale de France n'a pas fait banqueroute au XIXme siècle.

Du reste, Messieurs, la Science ne peut paraître faillir à ses engagements que quand on a la sotte prétention de la faire sortir de son rôle et quand on oublie notamment que « physique » et « métaphysique » diffèrent par un petit préfixe qui dissimule un fossé.

Si la magnifique accumulation de faits nouveaux que nous avons signalée met notre siècle au-dessus des précédents et fait sa grandeur, on peut dire que sa vraie caractéristique et son utilité viennent de cette belle évolution, documentée et rationnelle, que nous avons caractérisée dès le début, en disant qu'elle a conduit du vitalisme philosophique et synthétique de Barthez et de Bichat au vitalisme expérimental et analytique de Laënnec, Claude Bernard et Pasteur.

Et que, dans cette permanence du vieux verbe qui continue à exprimer la doctrine au milieu de la diversité des écritures les plus modernes, que les ironistes ne voient pas la preuve d'un piétinement décourageant qui nous ferait tourner, comme des écureuils, entre les barreaux des mêmes formules.

Il faut plutôt y voir la solidité et la pérennité encourageante des dogmes acquis, qui prouve qu'une découverte, une fois établie, est complétée, mais non détruite et remplacée, par les découvertes ultérieures et que les cadres de la vieille médecine traditionnelle, loin de craquer par la poussée des faits nouveaux, quelque forte qu'elle puisse être, apparaissent comme rajeunis et consolidés par toutes ces nouvelles conquêtes.

Cela dit, et c'est mon dernier mot, ne trouvez-vous pas grande l'œuvre médicale de la France au XIXe siècle,

n'est-ce pas un spectacle patriotiquement réconfortant de le constater et ne pouvons-nous pas dire qu'en somme la Médecine française a bien mérité de la Patrie à notre époque !

Si de simples médecins osaient se permettre les mêmes familiarités qu'un Académicien, ils pourraient dire avec LEGOUVÉ : « Allons, mon cher dix-neuvième siècle, tu peux mourir, tu as bien accompli ta tâche ! »

Ce remarquable discours soulève un tonnerre d'applaudissements.

M. le professeur COMBEMALE, secrétaire général du Congrès, donne ensuite lecture de son Rapport :

MESSIEURS,

La tâche, que le Congrès de Montpellier a proposée à la sollicitude du Comité local d'organisation, en désignant Lille comme siège du Ve Congrès français de Médecine, nous est apparue d'abord comme difficile et ardue. Depuis près de trente ans en effet, Lille n'a vu se tenir dans ses murs d'autre réunion savante, que celle de l'Association française pour l'avancement des sciences en 1874, et, si les sciences dans cette région du Nord sont très en honneur, surtout dans leurs applications à l'industrie et à l'agriculture, PASTEUR, DAVAINE, KUHLMANN, comptent de nombreux disciples et d'enthousiastes admirateurs, le milieu universitaire n'y a pas poussé ces profondes racines, d'où dans d'autres pays surgissent, nombreuses et ardentes, les bonnes volontés quand il est question du renom de son Université. Aussi, Messieurs, semblait-il qu'avant tout votre Bureau devait suppléer à l'émulation que de longues années de vie universitaire n'ont pas développée dans la population, remplacer par son activité propre, cette contagion de l'entraînement qui a tant contribué au succès des congrès précédents dans les villes où ils se sont tenus.

Or, nous avons la satisfaction de proclamer hautement que nos appréhensions étaient en partie vaines. Le Comité d'organisation du Congrès de Lille a rencontré à toutes les portes auxquelles il a frappé le plus bienveillant accueil, et ce lui est un devoir bien doux à remplir de remercier ici toutes les collectivités et les personnalités qui ont apporté à l'œuvre leur appui moral et leur concours effectif.

Les autorités municipales, en plus d'une subvention importante, mettent à votre disposition, Messieurs, ce magnifique Palais-Rameau, où nous inaugurons ce congrès, où vous recevra ce soir notre Comité d'honneur, où demain un banquet nous réunira entre confrères. Tous nos remerciements vont donc, sans phrases, au Conseil municipal, ce premier artisan de notre succès.

Le Conseil général du Nord a aussi manifesté sous forme d'un subside appréciable, ses bonnes intentions à l'égard du corps médical de la région et de ses invités ; pour lui, comme pour le Conseil de l'Université, du reste, notre gratitude Messieurs, est grande ; la façon de donner a accru encore le prix de ce que l'on nous donnait.

Les diverses Sociétés de médecine de Lille et d'Amiens, le Syndicat médical de Lille ont répondu au premier appel ; les nombreuses Sociétés dont s'honore notre chef-lieu, la Société des Sciences, la Société des Agriculteurs en particulier, ont fait de même ; la Chambre de commerce de Lille ne s'est pas laissée devancer. Inutile de vous dire que les deux Facultés de médecine de notre ville, l'Ecole de médecine d'Amiens, la Société des Amis de l'Université ont contribué par des souscriptions collectives à faire disparaître les craintes évoquées par l'apathie apparente des esprits en ce qui concerne les sciences médicales dans notre région. Toutes ces marques univoques de bienveillance ont graduellement fait s'évanouir nos appréhensions et nous ont permis légitimement d'espérer le succès.

Du reste, au fur et à mesure que nous parvenaient ces assurances d'une sympathie éclairée pour les choses de la médecine, il nous était fait spontanément par la toujours accueillante Société des mines de Lens, par la direction de l'établissement thermal de St-Amand et par celle du Sanatorium de St-Pol-sur-Mer, des invitations qu'à elle seule, la magnificence habituelle de l'hospitalité qui vous accueillera, nous forçait à accepter pour vous. Je n'aurai garde de vous dévoiler dès maintenant ce qu'on aura si grand plaisir à vous montrer, touchant de près ou de loin à la médecine, mais je vous donne comme certitude que vous emporterez de l'une et de l'autre excursion, le plus agréable souvenir. Dès maintenant nous remercions nos hôtes d'avoir mis l'agréable à coté de l'utile ; leurs gracieuses invitations ont eu, pour nous, ce résultat inespéré de contribuer à élever le Congrès de Lille à la hauteur de ceux de Nancy et de Bordeaux.

Nous prêtant une aide matérielle que vous avez appréciée, les Compagnies de chemins de fer de l'Est, de l'Orléans, du P. L. M., du Nord ont, sur notre simple demande, accordé à tous ceux qui nous ont chargé de le faire, la faveur du demi-tarif pour se rendre à Lille ; des arrêts sur le trajet ont même été autorisés. Pour nos excursions à St-Amand, à St-Pol, à Lens, le même demi-tarif sera appliqué aux congressistes sur le Nord. Ces bonnes dispositions à l'égard de notre Congrès méritent tous nos remerciements ; et je me fais certainement votre interprète en les adressant ici au représentant de la Compagnie du Nord.

Que nos confrères belges nous excusent si nous n'avons pas pour eux les mêmes facilités de circulation ;

il n'eut sans doute tenu qu'à nous de les obtenir ; nous regrettons d'avoir négligé ce point.

Telles sont brièvement résumées les opérations qui ont sollicité l'attention de votre bureau. Doublé d'un Comité d'honneur, qui par son haut patronage nous a soutenu dans la préparation matérielle du Congrès, et dont les conseils compétents nous ont servi à aplanir ou à tourner certaines difficultés d'exécution, votre bureau a réussi à faire le Congrès que vous verrez.

Le programme général distribué aux adhérents vous a permis de juger des éléments d'attraction que le Congrès de Lille était en mesure d'offrir. Toute notre gratitude doit donc aller aux corps constitués, aux sociétés savantes, aux compagnies éclairées, aux administrations coutumières de largesses, qui d'une réunion de pronostic indécis ont fait un congrès de belle venue par leur intelligent et désintéressé concours.

En ce qui concerne le côté scientifique du Congrès, Messieurs, nous étions dès l'abord bien rassuré, et nous n'avons ensuite nullement eu lieu de craindre.

Acceptés sans hésitation par des savants réputés dont le nom est sur toutes vos lèvres, les rapports sur les questions proposées ont été déposés sans retard, imprimés en hâte et distribués ensuite par fascicules isolés, de vingt à dix jours avant l'ouverture du Congrès ; vous avez apprécié déjà les importantes monographies, si personnelles et si documentées, que constituent ces rapports. Que les auteurs en reçoivent ici tous nos remerciements, pour l'éclat qui va en rejaillir sur le V[e] Congrès français de médecine.

Le résultat des efforts combinés de tous ceux qui ont travaillé à organiser le Congrès est tangible et très satisfaisant. Trois cent cinq adhésions nous sont parvenues à l'heure actuelle, et le nombre s'en augmentera encore sans aucun doute. De tous les points de la France il nous en est venu : il n'est pas d'Université qui n'ait ses représentants, professeur, agrégé, médecin des hôpitaux, interne, voire même étudiants. Nous les saluons tous, Parisiens et provinciaux, ces confrères que ni la canicule ni les devoirs professionnels n'ont fait reculer devant le lointain voyage de Lille. Les praticiens de la ville et de la campagne n'ont pas oublié non plus qu'un Congrès médical est un miroir où se reflètent les derniers progrès de la médecine, quand il n'y surgit pas des idées nouvelles ; à ceux qui l'ont compris nous adressons nos remerciements émus. Quant à nos confrères de l'étranger qui nous apportent la collaboration de la Belgique, de l'Italie, de la Suisse, de la Bulgarie, du Brésil, nous les saluons bien cordialement, leur sympathie nous est particulièrement précieuse et nous attachons à leur concours le plus grand prix. Les Académies de médecine de France et de Belgique, la Société médicale des hôpitaux de Paris, nous ont fait l'honneur de déléguer un de leurs membres au Congrès ; vous garderez de cette délicate attention le meilleur souvenir et assurerez de notre gratitude les représentants de ces illustres compagnies.

En plus des discussions qu'appelleront les trois rapports écrits, l'ordre du jour qui vous a été distribué contient, Messieurs, environ quatre-vingt-cinq communications des plus variées, pour lesquelles deux salles de séances ne seront pas probablement de trop. Cette moisson promise de faits intéressants, vous retiendra au siège du Congrès ; vous serez tenté d'une visite à nos hôpitaux, et vous aurez raison ; mais ne négligez pas, Messieurs, d'aller visiter le joyau scientifique de notre ville, notre Institut Pasteur ; vous ne serez pas peu surpris d'y rencontrer une usine, bourdonnant de la cave au grenier, pour le bien des malades, comme pour la recherche de vérités scientifiques, prémisses de découvertes thérapeutiques d'une portée immense.

Et maintenant, Messieurs, au travail. Nous n'avons pas ménagé nos efforts pour amener le Congrès à cette séance d'inauguration. Nous espérons que de vos travaux, de vos discussions jaillira un tel éclat, qu'il légitimera pour la cinquième fois l'idée première de ces Congrès français de Médecine, je veux dire d'être un instrument de ce progrès, dont notre profession a toujours été à l'avant-garde.

Voici l'ordre du jour des séances :

Vendredi 28 Juillet

SÉANCE DU SOIR

Nomination des Secrétaires des séances.

Discussion de la *première question* : Des Myocardites.

Rapporteurs : MM. Huchard (de Paris) ;
Renaut (de Lyon).

Communications diverses :

MM. Merklen et Rabé (Paris) : Note sur la myocardite chronique des oreillettes.

Mollard et Regaud (Lyon) : Anatomie pathologique des myocardites aiguës, particulièrement dans la diphtérie et dans la fièvre typhoïde.

Lésions chroniques du myocarde consécutives à l'intoxication diphtérique expérimentale; lésions de la fibre musculaire et sclérose interstitielle.

Etat des artères du cœur dans les myocardites aiguës.

Peugniez (Amiens) : Lésions anatomopathologiques des tuniques artérielles dans les anévrysmes.

Samedi 29 Juillet

9 heures très précises. — *Amphithéâtre d'histoire naturelle.*

MM. Pitres (Bordeaux) : Traitement du goître exophtalmique par les injections d'éther iodoformé dans le parenchyme du corps thyroïde.

Weber (Paris) : Note sur l'atrophie et l'hypertrophie de la fibre musculaire dans le cours des myopathies chroniques dystrophiques.

Ingelrans (Lille) : Un cas de tabes conjugal.

Derville (Lille) : Infiltration calcaire de la peau, lésions de névrite.

De Buck et de Moor (Gand) : Lésions des cellules nerveuses dans le tétanos expérimental.

Doumer (Lille) : Streptocoque et paralysie infantile.

P. Parisot (Nancy) : Quelques considérations sur la température dans la neurasthénie.

Dransart (Somain) : Considération sur la genèse des fonctions visuelles à propos d'un aveugle de naissance de 19 ans guéri par une opération. Présentation du sujet.

Amphithéâtre n° 2. — Suite de la discussion sur la *première question :* Démonstration sur pièces microscopiques des lésions des myocardites aiguës, par M. le professeur Renaut.

MM. Lichtwitz (Bordeaux) : Disproportion entre la fréquence des empyèmes des cavités accessoires du nez sur le vivant et sur le cadavre.

MM. Bra (Paris) : Sur le parasite du cancer.

Schmeltz (Nice) : Traitement rationnel du cancer.

Moncorvo (Rio-de-Janeiro) : Néphrites associées au paludisme dans l'enfance.

Baltus (Lille): La pleurésie interlobaire suppurée chez l'enfant.

Castelain (Lille) : Le tubage dans la clientèle privée sans surveillance permanente.

Comby (Paris) : La lithiase rénale chez les enfants.

Lavrand (Lille) : Erysipèle de la face à répétition, pathogénie.

Lejeune (Bruxelles) : L'œuvre nouvelle : hygiène et alimentation des bébés.

Amphithéâtre n° 3.

MM. Surmont (Lille) : Rétrécissement mitral pur et cure d'air.

Félix (Jules) (Bruxelles) : De la cure thermominérale dans le traitement des affections cardiaques.

Cautru (Paris): Hypertension artérielle et massage du ventre : traitement de la pléthore abdominale.

Blind (Paris) : Troubles digestifs dans l'artériosclérose.

Bernheim (Paris) : Le cœur chez les phtisiques.

Crocq (Bruxelles) : Le diagnostic différentiel entre l'apoplexie hystérique et l'apoplexie organique.

Doutrebente (Blois) : Traitement médical de l'épilepsie dans une colonie d'épileptiques non aliénés.

Faure (Paris) : Le délire fébrile ; physionomie clinique, anatomo-pathologique et pathogénie.

Ausset et Derode (Lille) : Un cas d'hémorrhagie gastrointestinale et scrotèles chez un bébé d'un mois.

SÉANCE DU SOIR

2 heures. — *Grand Amphithéâtre.* Discussion de la *deuxième question :* Leucémie et Adénie.

Rapporteurs : MM. Sabrazès (de Bordeaux) ; Denys (de Louvain).

Communications diverses :

MM. Vanverts (Lille) : Des adénies au point de vue chirurgical.

Potel et Drucbert (Lille) : Un cas de leucémie.

Julia de Roig (Marseille) : La lymphadénie, maladie infectieuse ; résultats de recherches expérimentales.

Sicard et Guillain : Recherches hématologiques dans certaines maladies du système nerveux.

Bezançon et Labbé : Essai sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du lymphadénome ganglionnaire.

Collet (Lyon) : Diagnostic hématoscopique de l'anémie pernicieuse.

Ausset (Lille) : Les anémies chez l'enfant et en particulier chez le nourrisson.

Joire (Lille) : Les faux témoignages suggérés.

Lejeune (Bruxelles) : Les eaux minérales de table en Belgique.

Crespin (Alger) : Tuberculose cavitaire et fièvre typhoïde.

7 heures, soir. — Banquet par souscription au Palais-Rameau. Entrée sur présentation de carte spéciale délivrée au Secrétariat général.

Dimanche 30 Juillet

Excursion collective à St-Amand-les-Eaux (Nord).

a) Rendez-vous à la Gare, Départ de Lille par train spécial à 9 h. 22.

(S'adresser au Secrétariat général pour les détails).

b) **Arrivée** à Fontaine-Bouillon à 10 h. 12.

c) Visite de l'établissement.

d) Déjeuner offert par l'Administration de l'Etablissement.

Départ de Fontaine-Bouillon à 5 h. 22.

Arrivée à Lille à 6 h. 22.

9 heures. — Soirée de gala offerte par la Municipalité de Lille au Conservatoire de musique.

Lundi 31 Juillet

Visite aux Hôpitaux : Hôpital de la Charité. Hôpital Saint-Sauveur, Hôpital général.

A 10 heures, Visite à l'Institut Pasteur.

Visite aux Bains Lillois, 219ter, boulevard de la Liberté.

2 heures. — *Amphithéâtre d'histoire naturelle.* — Discussion de la *troisième question :* De l'accoutumance aux médicaments.

Rapporteurs : MM. Simon (de Nancy).
Heymans (de Gand).

Discussion : MM. Calmette ;
Ausset ;
Brunet ;
Lépine ;
Dewewre ;
Lemoine.

Communications diverses :

MM. Claisse et Brouardel (Paris) : De l'accoutumance aux alcaloïdes.

Treille (Paris) : De la prétendue accoutumance au sulfate de quinine chez certains malades improprement appelés paludéens.

Sollier (Boulogne-sur-Seine) : Les toxicomanes.

Surmont (Lille) : Prophylaxie de la morphinomanie.

Mossé (Toulouse) : Les pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques.

Fauvel (Paris) : L'immunité et ses applications thérapeutiques.

De Rechter (Bruxelles) : Procédé de conservation des cadavres par l'aldéhyde formique gazeuse.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

29e semaine, du 15 au 22 Juillet 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	9
3 mois à un an	17	23
1 an à 2 ans	5	5
2 à 5 ans	5	3
5 à 10 ans	»	3
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	3	8
40 à 60 ans	9	3
60 à 80 ans	7	8
80 ans et au-dessus	»	1
Total	58	64

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	3	1	1	3	»	»	4	»	»	»	»	»	11	23	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	7	»	»	»	»	»	»	»	»	3	13	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	12	»	1	3	»	»	»	»	»	7	27	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	4	»	»	1	»	1	»	1	»	2	10	6
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	8	1	»	»	»	1	»	»	»	3	14	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	6	»	»	»	»	»	»	»	»	2	9	8
Total	»	1	»	»	»	3	»	7	5	6	48	1	1	10	»	1	»	1	»	38	122	121

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 134. Troisième Année, N° 32. Le Numéro : **10** centimes. 6 Août 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Congrès français de Médecine

Ve Session. — Lille, 28 Juillet, 2 Août 1899.

Le cinquième Congrès de Médecine interne s'est clos cette semaine et l'épilogue a été aussi cordial que l'avaient été les prémisses.

Mais reprenons les choses où nous en étions restés à notre dernier numéro, et notons brièvement les faits saillants du Congrès.

La séance de vendredi soir a été presque exclusivement consacrée à la discussion des rapports de MM. HUCHARD et RENAUT, et aux intéressantes communications de MM. MOLLARD et REGAUD sur l'anatomie pathologique des myocardites.

Le soir, le comité d'organisation réunissait au Palais Rameau les membres du Congrès, dans une réception toute intime.

La séance ou plutôt les séances de samedi furent chargées à un tel point, que le comité dut faire une division du travail et séparer les congressistes en trois amphithéâtres. Nous donnerons à nos lecteurs l'analyse de ces travaux d'importance diverse.

Le soir, un banquet de 150 couverts réunissait au Palais Rameau les membres du Congrès. Le *Réveil Musical* prêtait son concours. Le repas, très bien servi, fut empreint de la plus franche cordialité.

Au dessert une série de toasts furent prononcés ; tous, comme on pense, furent très applaudis, depuis le toast empreint d'une grâce si fine et si spirituelle de M. le président Grasset, qui mit l'assemblée en joie quand il nous dit que nous étions le « midi sans Tartarin, sans la poussière et sans l'accent, » jusqu'au toast si émouvant et si patriotique de M. MASOIN, membre de l'Académie de médecine de Bruxelles.

Dimanche 30 juillet, pour se reposer de deux journées de travail, nos congressistes se rendirent à l'Etablissement thermal de Saint-Amand. La caravane arriva vers dix heures à Fontaine-Bouillon. Partout des drapeaux, des banderolles souhaitant la bienvenue aux savants. M. THIROUX, médecin de l'Etablissement thermal, et M. POIRSON, directeur, nous firent avec une bonne grâce charmante les honneurs de la station thermale. Au champagne, M. HUCHARD, dans un toast très applaudi, fit le procès des Eaux minérales étrangères. Il s'étonne que les Français aillent porter chaque année 200 millions dans les stations étrangères, alors qu'aucun pays n'est privilégié comme la France au point de vue des sources minérales.

Le retour à Lille s'effectue gaiement, mais nos congressistes ont à peine le temps de respirer, car une réception et un concert de gala, offerts par la Ville, les attendent au conservatoire.

Lundi matin 1er août, visite des Hôpitaux et de l'Institut PASTEUR, qui provoque l'admiration de tous les Congressistes.

Le soir, reprise du travail. Discussion très intéressante des rapports de MM. SIMON et HEYMANS sur l'accoutumance aux médicaments. (Nous donnerons dans un prochain numéro l'analyse de ces importants travaux.)

Mardi. Communication diverses.

Le mardi soir, MM. CALMETTE et HEYMANS firent devant le Congrès des expériences remarquables l'un sur l'action du sérum antivenimeux ; l'autre, sur l'action antitoxique de l'hyposulfite de soude sur le nitrite malonique.

Le soir, M. le Président GRASSET donnait, à l'Hôtel Delannoy, une réception, avec toute la bonne grâce et le charme dont il a le secret.

Mercredi matin, pour la clôture définitive du Congrès, une expédition en partie double avait été organisée par le comité. L'une aux Mines de Lens, l'autre au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. Les « Mineurs, » dirigés par M. le professeur COMBEMALE, furent reçus par M. DESCAMPS, vice-président des Mines de Lens. Une quarantaine d'excursionnistes, dont quelques dames, revêtus du costume traditionnel, descendirent dans les puits.

A midi nos excursionnistes, émerveillés, faisaient honneur à une table servie de façon tout à fait remarquable.

Les « Marins, » guidés par M. le professeur LEMOINE, furent reçus par M. VANCAUWENBERGHE, Maire de Saint-Pol, et créateur du sanatorium de Saint-Pol. Les congressistes, après avoir visité en détail et admiré l'installation si complète du sanatorium, se rendirent à Malo, où M. VANCAUWENBERGHE offrait gracieusement le déjeûner. Au dessert, différents toasts furent très applaudis. La musique du 110e prêtait son concours, grâce à l'intervention de M. le Maire de Saint-Pol. Le soir, les congressistes regagnèrent Lille harassés, mais enchantés de leurs excursions.

En somme, le cinquième Congrès de médecine a réussi brillamment. Tout l'honneur en revient au comité d'organisation qui n'a épargné ni son temps ni ses peines, et nous ne saurions mieux faire pour terminer que de citer l'appréciation d'un de nos confrères de Paris (*Médecine moderne*) :

« Tous les membres du Congrès doivent s'unir pour remercier le professeur LEMOINE, président du comité d'organisation, et le professeur COMBEMALE, secrétaire général. C'est à eux que l'on doit l'ordre parfait de toutes les cérémonies, l'emploi judicieux d'un temps toujours trop court, et la facilité avec laquelle chacun a pu accomplir la mission dont il s'était chargé dans ces assises de la science française. Grâce à eux, le Congrès a réussi, et il ne semblait pas, en les écoutant exposer le résumé de leurs travaux, qu'ils y aient pris de la peine. »

Résumé du rapport
de M. HUCHARD sur les myocardites chroniques

Considérations sur les myocardites aiguës. — On voit trop souvent des myocardites là où il n'y en a pas. Au cours de la fièvre typhoïde ou de la grippe, il s'agit fort souvent de troubles dans l'innervation du cœur, bien plus que d'inflammation. Dans les infections, les troubles et les déviations du rythme cardiaque, la tachycardie, l'embryocardie, la bradydiastolie, certaines arythmies et allorythmies, l'hypotension artérielle ressortissent à des troubles d'innervation cardiaque et à la terminaison par asystolie nerveuse. On commet une faute en confondant les symptômes d'une névrite avec ceux d'une myosite infectieuse et il n'est pas permis de perpétuer cette confusion au sujet du cœur.

Myocardites chroniques. Généralités. — « On n'est pas en droit, dit M. LÉPINE, de diagnostiquer une myocardite ; tout ce que les symptômes peuvent permettre de dire, c'est qu'il y a de la faiblesse cardiaque et il faut s'en tenir là. » En clinique cette phrase nous rejette à plus de cent ans en arrière ; en thérapeutique, elle réduit le médecin à faire le traitement des symptômes. L'erreur de beaucoup est de ne considérer qu'un myocarde plus ou moins altéré, de tenir compte seulement du cœur central, et non du cœur périphérique représenté par tous les vaisseaux. Les difficultés du diagnostic viennent d'une fausse conception de la myocardite chronique : rien, au contraire, n'est plus facile que de reconnaître, à ses débuts, l'artério-sclérose du cœur. Les myocardites chroniques des différents auteurs ne sont pas des inflammations, mais le plus souvent des dégénérescences musculaires consécutives aux lésions coronariennes ; derrière le muscle malade, il faut voir l'atteinte de tout le système artériel.

Anatomie. — Ce qui a contribué à obscurcir cette

question, c'est que le processus inflammatoire en lui-même n'a pas de claire interprétation, même dans les traités classiques. Qu'il s'agisse de myocardite parenchymateuse aiguë ou interstitielle, qu'il s'agisse même de phlébite ou d'artérite, ce n'est pas le processus vasculaire de l'inflammation qui se montre tout d'abord. Partout, on peut reconnaître, comme phénomène primordial, le processus nécrobiotique, l'altération dégénérative. L'inflammation qui lui succède n'est que la réaction d'un élément organique lésé.

Les maladies infectieuses peuvent donner naissance à des lésions cardiaques en foyers. S'il s'agit de l'altération étendue d'un faisceau important de fibres cardiaques, on lui a donné le nom de foyer de myocardite parenchymateuse ; si, au contraire, il existe une tache de tissu conjonctif en voie de prolifération, c'est une myocardite interstitielle. Or, ces deux lésions peuvent se rencontrer isolément sur le même cœur ou dans le myocarde de deux malades ayant succombé à la même affection. Ne surprend-on pas, en pareil cas, la même lésion à deux phases différentes de son évolution ? Quel que soit l'agent causal, microbe ou toxine, sa pénétration dans l'intimité des tissus provoque toujours, à l'origine, une nécrobiose cellulaire. La cellule détruite devient alors une épine inflammatoire et l'inflammation doit être considérée, dans les myocardites, comme un phénomène secondaire, transitoire. Il n'y a pas, au sens littéral du mot, une myocardite chronique procédant de la myocardite aiguë ou évoluant pour son compte. Il y a des lésions du myocarde à marche aiguë ou chronique, sur lesquelles le processus inflammatoire peut venir se greffer à titre d'épiphénomène. Cependant, on a continué à décrire, sous le nom de myocardites chroniques toutes les hyperplasies conjonctives du myocarde et de toutes les dégénérescences de la fibre musculaire. On a étrangement abusé de ce mot. Ne sait-on pas combien les myosites sont rares ?

Nous conservons cependant, jusqu'à nouvel ordre, le terme de myocardite, au lieu de myopathie cardiaque, pour l'appliquer à l'ensemble des altérations du myocarde (fibres, tissu conjonctif, vaisseaux et nerfs) qui se développent lentement et s'observent à l'autopsie des malades atteints de cardiopathie artérielle ou valvulaire. On peut distinguer : 1° La sclérose en foyers ou sclérose dystrophique, ou artério-sclérose du cœur ; 2° la sclérose diffuse rayonnante ou périfasciculaire, ou myocardite interstitielle chronique des auteurs, ou scléro-périartérielle ; 3° le cœur cardiaque ; 4° le cœur scléreux sénile ; 5° la myocardite segmentaire.

Artério-sclérose du cœur. — L'artério-sclérose est, non pas une lésion, mais une maladie, grand processus morbide, caractérisée par l'endo-périartérite oblitérante des petits vaisseaux, un stade prémonitoire d'hypertension artérielle et une période d'état dans laquelle les symptômes dépendent des localisations.

Le cœur atteint d'artério-sclérose est augmenté de volume, de consistance dure, surchargé de graisse ; il est à la fois hypertrophié et dilaté. L'altération des coronaires est manifeste dans un grand nombre de cas: ces lésions vasculaires commandent la topographie des lésions scléreuses, de la myopathie chronique dystrophique. La destruction et la disparition des fibres cardiaques est le fait de l'ischémie progressive ; la sclérose vient ensuite. Mais pourquoi ne pas admettre la contemporanéité des deux lésions, artérielle et musculaire? Parce qu'il existe une localisation spéciale, d'une part à l'artériole, d'autre part aux territoires du myocarde les plus éloignés des artères ; parce que la sclérose n'est pas diffuse. Ne serait-il pas possible de rattacher ces lésions scléreuses à un trouble d'origine nerveuse? Non, car la section expérimentale des nerfs vagues produit des lésions très minimes des fibres cardiaques et jamais des foyers de sclérose. Ce qui caractérise la sclérose dystrophique des artério-scléreux, c'est sa disposition en foyers commandés par la lésion artérielle, c'est la concomitance de cardionécrose, enfin c'est le processus pathogénique de l'ischémie directrice. Toute son évolution peut se faire sans l'intervention de l'inflammation.

Scléroses périfasciculaires diffuses. — Elles comprennent toutes les cardiomyopathies chroniques dans lesquelles la néoformation conjonctive n'est pas sous la dépendance de l'ischémie causée par l'endartériolite oblitérante. Elle siège au voisinage immédiat des vaisseaux et fait corps avec leur tunique externe. Cette forme accompagne l'hypertrophie idiopathique du cœur et le cœur rénal ; elle accompagne l'hypertrophie dépendante de l'artério-sclérose périphérique, se confond souvent avec les lésions du cœur cardiaque et pourrait, en outre, se présenter à l'état isolé.

L'absence presque constante des altérations propres aux lésions inflammatoires fait supposer que, dans ce groupe, l'inflammation ne joue qu'un rôle effacé. Du

reste, le rôle joué par la dilatation passagère, préparant l'hypertrophie, dans le cœur rénal, par exemple, semble donner raison à la théorie qui fait intervenir l'œdème chronique des parois dans la genèse de l'hypertrophie conjonctive. Enfin, dans le cœur rénal, cette dernière pourrait dépendre en partie d'un œdème interstitiel de nature toxique. Toutes les scléroses périfasciculaires semblent donc se confondre avec celles que l'on observe dans les cœurs stasiques ou veineux. Ceci nous amène à décrire le cœur cardiaque.

Cœur cardiaque. — Il est volumineux et dilaté. La dilatation des cavités droites arrive à donner au cœur, dans quelques cas, la forme en gibecière. La tricuspide devient insuffisante. La congestion des veinules et des capillaires est frappante. Parmi les effets de cette stase veineuse, le premier en date est l'augmentation de volume du tissu conjonctif périvasculaire. Son aspect est celui du tissu conjonctif rendu artificiellement œdémateux par une injection interstitielle. La fibre musculaire résiste assez longtemps à cette surcharge sanguine ; mais, avec le temps, elle dégénère et disparaît, pour être remplacée par du tissu conjonctif. C'est l'œdème interstitiel qui est l'origine de cette myopathie.

Cœur sénile. — C'est l'ensemble des lésions provoquées par la déchéance nutritive progressive des différentes parties et des éléments constituants du cœur. L'insuffisance progressive de la nutrition se traduit par une atrophie lente des éléments cellulaires nobles qui sont remplacés ensuite par des éléments d'organisation inférieure (conjonctifs). L'aspect est celui d'une transformation fibreuse diffuse totale. L'épaississement porte sur tout le tissu conjonctif, aussi bien intra que périfasciculaire.

Myocardite segmentaire. — C'est une altération du myocarde caractérisée par la dissociation des cellules musculaires ou segments de Weissmann qui, en se soudant bout à bout, constituent les fibres musculaires arborisées du cœur. Cette dissociation est due à la fonte du ciment qui unit les unes aux autres les cellules musculaires et qui se montre sous la forme du trait scalariforme d'Eberth. C'est la dernière étape d'un processus qui commence par l'hypertrophie nucléaire, continue par l'atrophie hyperplasmique, pour finir par le ramollissement du ciment. L'acide sarcolactique, produit de la contraction musculaire, pourrait être l'agent dissolvant du ciment.

Myocardites secondaires. — La tuberculose du myocarde est secondaire à celle des autres organes. Elle se présente sous trois formes : granulations miliaires, masses caséeuses et sclérose. La syphilis amène une myocardite gommeuse, scléro-gommeuse ou scléreuse. Il est utile d'appeler l'attention sur l'hérédo-syphilis précoce ou tardive du cœur. D'autre part, l'aortite syphilitique est d'une grande fréquence et peut être associée à la myocardite. L'acromégalie appelle de nouvelles recherches au point de vue de ce qu'elle produit du côté de l'organe central de la circulation.

Physiologie pathologique et pathologie expérimentale. — Dans la plupart des cas, la lésion initiale est une dégénérescence musculaire et la prolifération conjonctive est secondaire. Ce qui domine l'évolution anatomique des lésions dans les myocardiopathies chroniques, c'est la nécrobiose primitive des tissus, c'est la dégénérescence ou la mort de l'élément noble. La nécrobiose devient ensuite le point d'appel de toute une série d'actes vitaux, de phénomènes de défense dont l'inflammation est une des variétés ou plutôt l'une des complications. Et ainsi la mort d'une fibre musculaire ramène un peu de vie autour d'elle. Désorganisation et organisation sont les deux ordres d'actes nécessaires et inséparables qui constituent l'existence.

II. *Clinique. Cardio-sclérose.* — L'observation clinique nous apprend qu'il existe une maladie artérielle ou angiopathie avec ou sans sclérose. L'artério-sclérose a une phase de présclérose caractérisée par un état d'hypertension artérielle qui produit la lésion artérielle. Cette notion a une grande importance au point de vue pratique, car elle est confirmée par les excellents résultats de la thérapeutique. Suit une seconde période cardio-artérielle, caractérisée par l'endartérite des vaisseaux de la périphérie, des viscères et du myocarde. Enfin, la période suivante, mitro-artérielle, est constituée par la dilatation des cavités cardiaques et des orifices auriculo-ventriculaires. L'artério-sclérose du cœur est caractérisée par des accidents d'hypertension, de miopragie et d'intoxication. Toute cardiopathie artérielle est en imminence de dilatation cardiaque et d'accidents angineux : souvent, on trouve des symptômes arythmiques.

On peut admettre trois principales formes : doulou-

reuse ou sténocardique, arythmique et tachycardique, myo-valvulaire.

Myocardites chroniques. — Il en existe quatre types : sclérose hypertrophique ou interstitielle, segmentaire, granulo-graisseuse et veineuse. Toutes étant des affections locales, aucune ne présente les signes extra-cardiaques qu'on peut réunir sous le nom de stigmates de la cardio-sclérose. Leur symptomatologie n'est autre que celle des affections valvulaires mal compensées. La myocardite chronique est une maladie locale du myocarde, la cardio-sclérose est une maladie artérielle. Le cœur rénal de la néphrite interstitielle offre beaucoup de points communs avec cette dernière. C'est un cœur simplement hypertrophié par son ventricule gauche et la sclérose dont il est ensuite atteint n'est qu'un élément surajouté.

Pseudo-myocardites. — A la période terminale de la cirrhose atrophique du foie, on observe assez souvent, du côté de la circulation générale, des accidents graves provoqués parfois par une thrombose de la veine-porte ou de l'une de ses branches d'origine et les troubles circulatoires peuvent faire croire à l'existence d'une complication cardiaque qui n'existe pas. Les troubles d'innervation cardiaque réalisent plus ou moins complètement le syndrome myocardique. En Allemagne, sous le nom de cœur de bière, on décrit une forme de dilatation hypertrophique du cœur sans lésion du myocarde chez certains buveurs de Munich qui absorbent jusqu'à 10 à 12 litres de bière par jour. On a même vu survenir la mort en quatre jours par cardiectasie aiguë. Il existe un cœur uricémique qui peut aussi en imposer pour une inflammation musculaire de l'organe. Tout ceci et bien d'autres faits constituent une classe à laquelle on peut donner le titre de pseudo-myocardites, bien qu'il n'y ait pas de fausses maladies, mais seulement de faux diagnostics.

Étiologie — Parmi les causes diathésiques de la cardio-sclérose, il y a lieu de signaler le rhumatisme chronique, la goutte, le diabète, l'arthrite, l'aortisme héréditaire. Parmi les causes diathésiques on placera toutes les fièvres, surtout la typhoïde, la syphilis, rarement la tuberculose. Les causes toxiques sont l'alcoolisme, le tabagisme, le surmenage et surtout les empoisonnements par mauvaise hygiène alimentaire.

Sur les Myocardites aiguës

Résumé du rapport du Professeur RENAUT (de Lyon)

On ne peut écrire actuellement qu'une simple introduction à l'histoire des myocardites aiguës. Cette introduction comprendra l'exposé de ce qu'on connaît, l'aveu sincère de ce qu'on ne connaît pas, l'indication de certains problèmes à résoudre.

L'histoire des myocardites aiguës ne remonte pas à une époque bien reculée. Le mot lui-même n'a été créé qu'en 1837 par Sobernheim. Myocardite aiguë veut dire lésion du muscle cardiaque au cours des maladies infectieuses aiguës. Les premières notions sur ce sujet datent de Laënnec et de Louis. En 1852, Virchow ouvre l'ère histologique et crée la myocardite parenchymateuse aiguë qui survivra aux attaques incessantes qui le poursuivront jusqu'à nos jours. L'année 1870 constitue une date importante entre toutes. C'est alors que Hayem d'une part, Desnos et Huchard de l'autre, étudient l'anatomie pathologique et la symptomatologie des myocardites aiguës. Depuis cette époque s'est ouverte une période pathogénique où l'on démontre le mode d'action des microbes pathogènes et de leurs produits et où l'on s'efforce d'élucider les problèmes histologiques non encore entièrement résolus. Mais la lumière complète n'est point encore faite, même sur le terrain clinique.

La myocardite est un processus de réaction, synergique et totale, des éléments entrant dans la constitution du myocarde à l'encontre de toute cause pathogène agissant interstitiellement sur celui-ci. On n'a pas le droit d'exclure des réactions inflammatoires celles dont sont capables les cellules dites nobles des tissus. Quand bien même c'est le tissu conjonctif, leur milieu intérieur, et que ce sont les vaisseaux sanguins et lymphatiques voués à l'irrigation de ce tissu conjonctif, qui conditionnent l'entretien, la vitalité des éléments nobles, ceux-ci, pour entretenus qu'ils soient dans ces conditions, n'y demeurent pas passifs, incapables de réagir pour eux-mêmes et d'entrer en lutte pour leur propre existence. On voit qu'ils résistent en agissant cellulairement pour eux-mêmes, c'est-à-dire en développant leurs aptitudes réactionnelles. Et c'est dans cette réaction qu'il faut reporter le vieux terme d'inflammation qui, après tout, n'est qu'une image, traduction pure et simple de ce que les anciens observateurs voyaient se passer autour d'une épine fichée dans le derme.

L'inflammation est le processus constituant, dans son ensemble, la somme des réactions fournies par les éléments cellulaires d'un tissu à l'encontre d'une agression directe de ce tissu par un agent pathogène capable de réveiller et de mettre en jeu l'aptitude réactionnelle de ces mêmes éléments; on doit entendre par myocardite la défense du myocarde à l'encontre de toute cause pathogène qui l'aborde, d'emblée ou secondairement, peu importe, mais qui met en train la réaction dont il est capable. Tuée du coup, la cellule musculaire meurt sans réagir, et c'est la nécrose. Vaincue dans la lutte, elle dégénère et finit aussi par mourir. Ou bien, elle continue à vivre, mais elle le fait altérée dans sa fonctionnalité et subissant des modifications secondaires dont nous ne connaissons que quelques-unes.

Aptitudes réactionnelles des éléments constitutifs du myocarde. — Dans un myocarde, on trouve tout d'abord l'élément musculaire cardiaque, la fibre formée de cellules soudées entre elles bout à bout par des traits de ciment. Ce sont là des cellules nues, plongées dans le tissu conjonctif lâche intrafasciculaire. L'axe de chaque cellule est occupé par un cylindre ou un fuseau de protoplasma granuleux, nutritif, actif, au sein duquel sont plongés un ou deux noyaux. De là, jusqu'à la marge de l'élément, s'étend un protoplasma différencié, hyalin, homogène : le protoplasma intercontractile. C'est dans ses lignes superficielles que se terminent par des tiges perlées les fibres nerveuses, dont les cellules ganglionnaires sont toutes hors du muscle. De quel effort réactionnel une pareille cellule est-elle capable ? C'est la cellule musculaire qui, à la phase myoblastique, a construit sa substance contractile. Elle ne saurait donc, cette substance contractile, réagir par elle-même : c'est une substance entretenue, au sein du protoplasma, par l'activité cellulaire dont le noyau est le chef. Ce sont ces parties qui réagiront si la vie cellulaire reprend le pas sur la vie fonctionnelle. Le protoplasme central s'étendra à la périphérie entre les cylindres de substance contractile de plus en plus atrophiques. Ce mouvement de recul de la substance contractile ramènera le segment de WEISSMANN à l'état fœtal, à la forme myoblastique. Les noyaux pourront alors augmenter de nombre et renforcer ainsi la défense cellulaire.

Dans la cellule cardiaque, peu irritable, tous ces changements s'opèrent avec lenteur. Cette même cellule cesse aussi de pouvoir entretenir normalement la bande de ciment qui la soude aux autres. Ce ciment se ramollit et la dissociation segmentaire arrive.

Une cellule ainsi modifiée peut d'ailleurs mourir en cours de lutte et subir, soit la dégénérescence granuleuse, soit la coagulation nécrosique de sa substance contractile. C'est sur la substance contractile, partie la plus vulnérable, que l'atteinte de la cellule a le maximum de chances de porter. On pourra rencontrer, comme leçons initiales de la fibre, l'une de celles connues en leur type général et relevées par les histologistes en suite de l'action directe des agents chimiques ou physiques sur la cellule musculaire striée considérée en général. La chaleur et les coagulants brusques amènent l'état moiré ; les acides très faibles amènent l'état grillagé. Voilà quels sont les types principaux de ce qu'il faut appeler les vulnérations de la cellule musculaire, de ce que par contre il ne faut pas envisager comme des dégénérescences d'emblée.

Au point de vue de son tissu conjonctif et de ses vaisseaux, le myocarde présente des aptitudes évolutives et réactionnelles sur lesquels il n'y a pas grand chose de nouveau à dire. Là tout est disposé pour réaliser l'inflammation classique dans tous ses modes.

Processus histologique total d'une myocardite connue reproduite par l'expérimentation. Myocardite diphtérique aiguë expérimentale. — L'atteinte de début porte sur la cellule musculaire et parfois uniquement sur elle. Mais ordinairement, il s'ajoute un degré véritable de leucocytose interstitielle. La myocardite diphtérique aiguë est à son début parenchymateuse, et non pas interstitielle. On observe l'état granuleux ou moiré, la disparition de la striation transversale. Plus tard, la striation longitudinale disparaît à son tour, pour faire place à un aspect tout à fait homogène, la fibre musculaire opaque, réfringente, prend fortement les matières colorantes, se gonfle ou non pour dessiner un ventre sur son trajet, au niveau du point devenu homogène. Et ceci se produit rapidement, en même temps que l'état moiré et constituant un stade culminant de cet état, chez des animaux ayant succombé peu d'heures après l'inoculation.

Le poison produit en même temps une lésion sur la musculature lisse des artères de distribution, des petites artères et des artérioles. Les fibres lisses vasculaires deviennent homogènes et se gonflent. La

limitante élastique interne se fragmente en grains élastiques qui deviennent pâles, s'égrènent et disparaissent. Cela se reproduit au début de toute myocardite infectieuse.

Défense individuelle des fibres musculaires, lésions réactionnelles des cellules cardiaques. — La lésion d'atteinte primitive a frappé inégalement les cellules dans leur dispositif contractile ; puis, les lésions se sont affirmées en certains îlots où la dépense cellulaire du tissu musculaire s'engagera au désavantage de la cellulaire cardiaque en tant qu'agent différencié du mouvement : ce sont des îlots de désintégration. En revanche, en dehors de ces îlots, la majorité des cellules pourra lentement lutter pour remanier son dispositif contractile.

Liquidation des lésions musculaires ; hyperleucocytose diffuse et nodulaire ; foyers de désintégration. — Le tissu conjonctif n'est que le milieu du processus pathologique. Le poison a suscité des troubles de l'irrigation sanguine ; de ces troubles vasculaires peut résulter l'œdème myocarditique séreux. Ce ne sera que plus tard qu'on pourra parfois observer un œdème fibrineux auquel on puisse, à la rigueur, attribuer une signification inflammatoire. Dans les espaces du tissu conjonctif, on ne trouve aucun indice de néoformation conjonctive. Pas une cellule fixe de ce tissu ne présente, au stade aigu, le moindre signe d'activité formative. Ce qu'on voit tout à fait au début, c'est l'hyperleucocytose intra-vasculaire, et c'est là un phénomène général dans les tissus au début de l'intoxication diphtérique. Plus tard, les leucocytes apparaissent dans les espaces conjonctifs ; plus tard encore une autre leucocytose fait suite, la leucocytose nodulaire. Là où se trouve un îlot de désintégration vont se rassembler des cellules de la série lymphatique émigrées des vaisseaux. Leur rôle est de liquider phagocytairement les lésions produites. Des figurations souvent rapportées aux myoblastes en voie de développement histogénétique se rencontrent au voisinage ou dans l'intérieur des foyers de désintégration. Il s'agit à peu près certainement de grandes cellules macrophages, devenues sédentaires en ces points, gorgées des détritus de la substance contractile de la cellule cardiaque altérée.

La myocardite expérimentale diphtérique est une myocardite parenchymateuse typique et initialement de toute pureté. Il n'y a aucune participation primitive du tissu conjonctif. Elle reste parenchymateuse pure pendant un temps très prolongé. A la liquidation de ses lésions primitives participent seules les cellules de la série lymphatique, les leucocytes phagocytaires.

La myocardite primitive peut être suivie d'une myocardite chronique mixte à évolution très lente. Il y a alors des vides à combler, qui résultent de la destruction définitive des cellules musculaires, et l'incitation formative touche enfin l'élément interstitiel à son tour. Il se forme de pures cicatrices et non point des lésions nouvelles autonomes, attribuables à cette dystrophie primitive du tissu conjonctif et des vaisseaux, dont il a été parlé. Elles ne sont pas ordonnées par rapport aux artères dont l'intégrité est à peu près complète. Il s'agit d'un processus de sclérose d'origine vasculaire, tel que celui qui aboutit à la formation des cicatrices par bourgeons charnus. On peut rejeter hardiment la théorie de l'inflammation primitive du tissu conjonctif comme cause de la sclérose myocardique.

Myocardites aiguës de l'homme : diphtérique, dothiénentérique, pneumonique, etc. — Les lésions de la myocardite diphtérique expérimentale et celles de la myocardite diphtérique des jeunes sujets se superposent exactement. La seule différence est une trace légère de surcharge pigmentaire. Elle est imputable à l'état de la fibre cardiaque qui, de par les conditions de la vie humaine, vieillit vite, et cesse, à peine au-delà de l'adolescence, d'être neuve. De même en est-il pour les gros vaisseaux. Depuis trente ans que je fais des autopsies je n'ai pas rencontré d'aorte de sujet masculin de plus de 18 ans, qui fût indemne d'endartérite déformante, débutante.

Dans la myocardite dothiénentérique, la fibre musculaire est altérée dès le début, mais touchée par des lésions fort délicates et parcellaires. La surcharge pigmentaire et la dissociation segmentaire vraie apparaissent de prime abord et sont des plus accusées ; elles sont accompagnées d'un œdème aigu congestif et d'une altération des vaisseaux artériels de distribution.

La myocardite pneumonique se rapproche de la précédente ; elle en diffère par l'absence d'œdème congestif.

Nous ne savons pas encore s'il existe, dans les infections, certains agents portant primitivement sur le tissu conjonctif du myocarde pour y déterminer des lésions interstitielles. L'histoire entière de la myocar-

dite interstitielle aiguë reste à faire. Dans tout ceci non plus, il n'a pas été question de la dégénérescence graisseuse, de la stéatose de la fibre musculaire : c'est que rien n'est plus rare et les erreurs en ce sens sont innombrables.

Etiologie et pathogénie. — Les agents pathogènes ne sont autres que ceux mêmes de la maladie infectieuse primitive dont la cardiopathie constitue une complication. Dans d'autres circonstances, il s'agit d'une infection secondaire. Et dans l'un et l'autre cas, c'est le microbe ou sa toxine.

La myocardite aiguë se rencontre dans les maladies suivantes : diphtérie, fièvre typhoïde, variole, pneumonie, typhus, scarlatine, érysipèle, paludisme, grippe, dengue, blennorrhagie, tuberculose, suette, rhumatisme, staphylococcie, streptococcie, morve.

Rien n'est plus facile que de produire expérimentalement des abcès du cœur en injectant des staphylocoques pyogènes dans le sang chez le lapin. Charrin a provoqué des myocardites avec les produits du bacille pyocyanique, d'autres avec la tuberculine, la toxine diphtérique, etc. On a constaté dans le myocarde de l'homme la présence du bacille d'Eberth, du pneumocoque, du bacille tuberculeux. Il faut tenir compte aussi de l'influence du système nerveux dans la pathogénie des lésions : c'est le plexus cardiaque lui-même qui a une action trophique sur le cœur, mais ses lésions sont inconnues.

Symptomatologie. — Le myocarde irrité réagit et engage une lutte dont l'issue dépendra de la puissance relative des deux forces en présence. Dans les cas moyens, au début, on observe une courte période d'excitation ou d'éréthisme cardiaque. Le choc précordial est violent, le mouvement du cœur rapide. S'il s'agit d'un dothiénentérique, on voit, au cours du second septénaire, le pouls s'accélérer progressivement, monter à 120 et plus. Il devient plus petit, quoique régulier ; en même temps, l'impulsion systolique diminue ; les bruits sont assourdis. On constate souvent un souffle systolique doux et variable : le deuxième bruit peut se dédoubler.

Dans la suite, le choc précordial devient de plus en plus diffus, il est remplacé par une ondulation vague ou s'efface entièrement. La tachycardie arythmique augmente : le poids atteint 150. Une dilatation ventriculaire s'établit ; le rythme devient nettement embryocardique, le premier bruit peut disparaître complètement ; enfin la bradydiastolie est un signe précurseur de la cardiectasie ultime.

La guérison a été observée même dans des cas où des malades avaient eu une série de syncopes et même du collapsus avec algidité.

Forme latente. — Dans la fièvre typhoïde, la myocardite doit être cherchée. Il est des cas où les symptômes sont très atténués. Il ne s'agit que d'une tachycardie insolite, d'un assourdissement du premier bruit. Néanmoins, le pronostic ne saurait jamais être trop réservé. La mort subite peut survenir chez des malades qui n'ont présenté aucun trouble cardiaque apparent. De même, Huguenin a décrit une forme de myocardite diphtérique latente, spéciale aux enfants.

Myocardite interstitielle aiguë diphtérique (Rábot et Philippe). — Elle surviendrait au moment de la convalescence. Nous croyons que la netteté des symptômes dans cette forme ne dépend pas d'une nature spéciale des lésions, mais est due à ce que les symptômes de la myocardite ont éclaté pendant la convalescence d'une angine de courte durée et n'ont point été noyés au milieu des signes d'une intoxication générale.

Myocardite suppurée. — Elle se rapproche des endocardites infectieuses par les phénomènes généraux et les accidents à distance; elle en diffère par la violence des troubles fonctionnels, les signes physiques et l'évolution. Il s'agit de véritables septicémies médicales, avec marche rapide, et mort en 3 ou 4 jours.

Myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfance. — C'est une affection aiguë ou subaiguë qui survient rapidement chez de jeunes enfants à cardiopathie orificielle bien tolérée. Le pouls reste d'une régularité parfaite jusqu'à la mort : la maladie dure de quelques jours à trois mois. Il existe probablement une forme légère curable.

Diagnostic — En 1883, M. Jaccoud disait qu'on ne pouvait jamais affirmer l'existence d'une myocardite. En réalité, cette maladie est facile à reconnaître au lit du malade. On peut sans doute rester en suspens entre la myocardite et l'endocardite aiguë, mais il faut considérer que, dans l'endocardite, les palpitations et l'oppression dominent la scène. Le cœur bat vite et fort et conserve son énergie et sa régularité. Le choc précordial a plus d'intensité. L'assourdissement présystolique et le souffle sont caractéristiques. Une question plus importante à traiter serait celle du diagnostic

entre le trouble fonctionnel et la lésion myocardique. Une pareille tentative nous paraît prématurée et nous manquons de bases sérieuses pour asseoir une opinion ferme sur cette question.

Pronostic. — La myocardite constitue une complication redoutable des maladies infectieuses aiguës. Elle est la cause la plus fréquente de la mort dans la variole avant le onzième jour. Au cours de la fièvre typhoïde, elle est aussi le plus souvent mortelle : de même dans la diphtérie, elle est d'une extrême gravité. Mais il y a des formes atténuées et latentes qui aboutissent, la plupart du temps, à la guérison : ne pas oublier toutefois la possibilité toujours imminente de la mort subite.

Il est difficile de dire quel est l'avenir d'un cœur qui a été plus ou moins gravement touché à un moment donné. C'est là un problème des plus difficiles à résoudre. Landouzy et Siredey ont rapporté l'histoire d'un malade jeune qui eut, à deux ans d'intervalle, deux fièvres typhoïdes. Cet homme mourut vers le quinzième jour de sa seconde maladie, après n'avoir présenté d'autre signe de myocardite que quelques intermittences du pouls. Or, à l'autopsie, on trouva une sclérose du myocarde, de l'endartérite oblitérante et des lésions parenchymateuses dégénératives. Il n'y avait donc eu qu'une guérison apparente et cette observation est presque une expérience de laboratoire réalisée chez l'homme.

Une fois la phase aiguë de la myocardite terminée, tout n'est pas fini. Le cœur n'a pas encore retrouvé son intégrité. Un long travail de reconstitution s'effectue ; les éléments morts sont résorbés, d'autres, peu lésés, reviennent à leur état antérieur. Là où des pertes de substance se sont produites, le tissu conjonctif végète et met une masse de tissu fibreux là où il y avait autrefois du tissu musculaire contractile : tissu fibreux qui n'est qu'un pis-aller et qui deviendra une cause de gêne pour le fonctionnement du cœur. Un travail analogue s'opère dans les parois vasculaires. Les plus malades des vaisseaux sont, à un moment donné, transformés en des tubes rigides, inertes, dans lesquels le sang ne circule plus que par l'action de la *vis a tergo*.

Tel est le pronostic éloigné des myocardites aiguës. La guérison radicale n'est pas impossible, mais on n'en a pas la preuve. L'observation clinique semble même démontrer que la *restitutio ad integrum* du myocarde s'effectue dans un nombre assez considérable de cas. Mais, une myocardite aiguë sévère, lorsqu'elle guérit, crée cependant un danger pour l'avenir et il est au pouvoir du médecin de prévoir et de combattre ce danger.

Traitement. — Calmer l'éréthisme cardiaque s'il y a lieu, soutenir l'énergie défaillante du cœur, relever la pression artérielle, veiller au fonctionnement des émonctoires et favoriser l'élimination des toxines, telles sont les indications fondamentales à remplir. On aura recours à la réfrigération locale. La douleur sera combattue par la révulsion et, dans les cas extrêmes, par l'opium. Plus tard, pour renforcer l'action du cœur, on pourra se servir de la caféine, de la spartéine et même du sulfate de strychnine. Enfin, une indication capitale consiste à assurer l'asepsie de l'intestin au moyen de lavements, de laxatifs ou de purgatifs légers, mais surtout veiller sur la sécrétion rénale. Que, si la période dangereuse a été heureusement traversée, la convalescence reste encore pleine de dangers. *(A suivre).*

MÉDECINE PRATIQUE

Les Mouchetures et les Hydropiques. Manuel opératoire.

Par M. le Professeur **Surmont**.

L'occasion d'intervenir chez les hydropiques par des mouchetures se présente de temps en temps et cette pratique peut rendre des services marqués. L'article consacré par M. Deléarde au traitement de l'asystolie (*Echo médical du Nord,* 21 mai 1899) et une thèse passée il y a quelques mois à la Faculté de médecine de Lille (Coorevitz : *De l'emploi des mouchetures dans le traitement de l'anasarque,* 12 déc. 1898, donnent un manuel opératoire qui ne nous paraît pas le meilleur. Nous pensons être utile aux praticiens en leur indiquant la manière de faire que nous suivons d'une façon constante depuis longtemps, et qui, mieux que le procédé classique, met à l'abri des complications septiques.

On commence par faire une antisepsie soignée de la peau des membres inférieurs et du dos du pied, en dépassant largement les endroits où l'on désire faire les piqûres ; il importe de ne pas oublier que le savonnage de la région est la partie essentielle de cette antisepsie. La peau étant préparée, on fait les piqûres

non au bistouri, mais au fer chauffé au rouge sombre. La pointe du galvanocautère est, vu sa finesse, ce qu'il y a de plus commode ; à défaut de galvanocautère portatif on peut utiliser une pointe fine de thermocautère, ou encore une lancette ou un vaccinostyle chauffés dans la flamme d'une lampe à alcool. La pointe rouge pénètre très facilement dans la peau tendue par l'œdème, et sitôt la résistance du derme vaincue, l'instrument s'enfonce tout seul dans le tissu cellulaire sous-cutané où il s'éteint de suite. Ces petites plaies faites au fer rouge ont le double avantage d'être d'une asepsie certaine et de se refermer moins facilement que les plaies faites avec une pointe tranchante.

Les mouchetures terminées, la région est enveloppée d'un pansement composé de plusieurs doubles de gaze antiseptique ; ce pansement ne doit être enlevé que par le médecin lui-même. C'est au-dessus de lui que l'on place des couches d'ouate hydrophile que l'entourage du malade renouvelle aussi souvent qu'il est nécessaire. Cette manière de faire quand elle est scrupuleusement suivie met, on le conçoit facilement, les petites plaies à l'abri des infections exogènes et l'on peut sans crainte recourir aux mouchetures, dans tous les cas où l'on croit ce moyen thérapeutique indiqué.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — MM. Babes et Bacoucea présentent le résultat de leurs recherches sur le traitement prophylactique et curatif de l'épilepsie toxique par l'injection de substance nerveuse normale.

Académie de Médecine. — M. Pinard dit que les dystrophies généralement admises comme la conséquence de la syphilis héréditaire peuvent se trouver dans d'autres infections et qu'il n'est pas prouvé qu'elles sont dépendantes de la syphilis.

Société de Chirurgie. — MM. Potherat et Michaux ont pratiqué des hystérectomies abdominales pour cancer utérin. Ils auraient eu des succès relatifs. Pour M. Segond, il ne faut pas se faire d'illusion sur l'ablation radicale dans le cancer de l'utérus. Il est extrêmement rare que l'on arrive assez tôt pour espérer une guérison.

Société de Biologie. — M. Pitres. La pression des épanchements ascitiques n'est jamais très élevée; dans la plupart des faits, elle est inférieure à + 20 millimètres de mercure.

VARIÉTÉS

L'encachonnement

Au mois de juin 18..., je me trouvais en compagnie d'un confrère voisin, rural comme moi, un excellent ami actuellement décédé. « Nous voilà au moment des cerises, me dit-il, avez-» vous soigné des *encachonnés* ? —...— Si cela vous arrive, » munissez-vous de courage et... allumez votre pipe. »

Quelques jours après, l'occasion attendue arriva. Pour l'intelligence du texte, je dois dire qu'en patois un *cachon* c'est un *noyau* et l'*encachonnement* une obstruction du rectum par des noyaux de cerises particulièrement.

Or donc me voilà en présence d'un *encachonné*. Je fais placer mon malade dans la position génu-pectorale en travers d'un lit, et fidèle aux conseils du confrère, lequel était mon aîné et m'en donnait souvent de bons, j'allume une grosse pipe, pendant que l'interrogatoire me révèle le mystère.

Mon malade me raconte que deux ou trois jours auparavant il avait cueilli des cerises *à moitié*, c'est-à-dire qu'il devait partager la récolte avec le propriétaire pour prix de *sa peine*. Celles qu'il mangeait ne se partageant pas, il en avait avalé le plus possible, et pour gagner du temps et ne rien perdre, tous les noyaux avaient été déglutis avec le reste.

Ceux qui ont vu la chose savent la dureté de cette masse énorme, impossible à expulser spontanément, pareille à une tête de fœtus, vrai bloc de maçonnerie dont les noyaux forment les éléments et la matière fécale desséchée le ciment, le substratum. C'est avec une curette ou une cuiller à café qu'il faut détacher un à un les noyaux. Plus tard, lorsque la masse se désagrège et permet l'introduction d'une sonde de femme, une injection d'huile dans le centre aide singulièrement la manœuvre.

Je n'insiste pas sur les sensations olfactives qu'atténue le *caporal* du gouvernement.

L'opération est longue, lorsque seul, au fond des montagnes, vous n'avez pas le secours de l'anesthésie, et cela ne va pas sans douleurs.

En voyant toujours grossir à terre le tas de noyaux, mon patient ne pouvait en croire ses yeux, et cependant lorsque j'eus vidé l'ampoule rectale et le rectum aussi haut que possible, de l'huile de ricin administrée *per os* en amena encore autant, me dit le malade le lendemain.

Confrères ruraux, si vous êtes appelés auprès d'un *encachonné*, munissez-vous de patience, et de courage... mais n'oubliez pas votre pipe.

(*Lyon méd.*) Un Abonné.

Les obligations des élèves médecins militaires ou élèves des écoles vétérinaires

On sait que, jusqu'à présent, les élèves de l'école du service de santé militaire ou ceux des écoles vétérinaires étaient mis en demeure, en vue du cas où ils ne rempliraient pas les obligations à eux imposées, de signer d'avance un engagement pour une durée ferme de 3 ans, devant porter son effet à partir du jour où ils cesseraient de satisfaire à ces obligations spéciales.

Il en résultait qu'un élève ayant servi pendant un certain temps avant son entrée à l'ecole ou ayant droit à l'une des dispenses légales se trouvait obligé, le cas échéant, à accomplir une durée de service supérieure à celle à laquelle il aurait été normalement astreint s'il n'était pas entré à l'école.

Le Conseil d'Etat, consulté à cet effet, avait émis l'avis que l'on devait, dans cet engagement préalable, entendre l'expression « 3 ans de service » comme signifiant seulement le service légal auquel le jeune homme serait tenu en raison de sa situation personnelle, c'est-à-dire sous déduction du temps de service qui aurait été accompli avant l'entrée à l'école et sous réserve du bénéfice des cas de dispense qui pourraient être invoqués.

Sur la proposition du ministre de la guerre, un décret présidentiel vient d'adopter cette interprétation et de supprimer l'engagement de 3 ans qui, dès lors, ne pourrait plus être souscrit sans sortir des règles générales fixées par la loi pour les engagements volontaires.

A l'avenir, les jeunes gens dont il s'agit contracteront seulement, en entrant à l'école ou au moment de leur nomination comme élèves militaires, l'engagement spécial par lequel ils s'obligent à servir dans l'armée active pendant 6 ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe ou d'aide-vétérinaire.

Ils recevront en même temps un brevet qui, conformément à l'article 30 de la loi de 1889, les fera considérer comme ayant satisfait à l'appel de leur classe, sans préjudice de l'article 29 de la même loi, astreignant ultérieurement au service ceux qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal et sans préjudice des dispositions en vigueur concernant le décompte des années d'études antérieures à l'obtention du grade.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le secret professionnel et la délivrance de certificats médicaux

En examinant, dans l'*Écho medical du Nord,* du 23 juillet 1899, *suprà*, p. 357, la question de savoir comment le médecin doit concilier son obligation au secret professionnel et son devoir de fournir son témoignage à la justice lorsqu'il en est requis, nous avons conclu, — avec un arrêt de la Cour de cassation, en date du 1er mai 1899, — que l'obligation au secret prime dans tous les cas l'obligation de témoigner en justice. Et nous faisions en même temps observer que cette décision de la Cour suprême servirait probablement de guide aux tribunaux de tous ordres : un arrêt rendu par la Cour de Besançon, le 7 juin 1899, est venu bientôt confirmer nos prévisions.

Les circonstances étaient les suivantes :

Un sieur Billerey avait vendu ses biens, moyennant constitution de rente viagère sur sa tête, par acte passé le 23 février 1898. Le 11 mars suivant, il mourait. Or, cette succession, à quinze jours d'intervalle, de la constitution d'une rente viagère et de la mort du crédi-rentier mettait en question l'application de l'art. 1975 Code civil, qui déclare sans effet tout contrat de rente viagère « par lequel la rente a été créée sur la tête d'une personne atteinte de la maladie dont elle est décédée dans les vingt jours de la date du contrat ». Le seul point à éclaircir était celui de savoir si M. Billerey était, le 23 février, atteint de la maladie dont il est décédé le 11 mars suivant.

Tout naturellement, les parties intéressées s'adressèrent au médecin, le docteur Voniot, qui avait soigné M. Billerey. Le docteur Voinot leur délivra deux certificats d'où il ressortait « qu'antérieurement au 23 février, Billerey était atteint de bronchite chronique, avec emphysème pulmonaire, mais que, postérieurement à cette date, il avait été pris de grippe ou influenza, et que c'était cette dernière affection morbide qui, rendue seulement plus grave par l'âge et l'état antérieur, avait occasionné la mort de Billerey en déterminant une broncho-pneumonie ». Le tribunal de Vesoul, saisi d'une demande en nullité du contrat de rente viagère, admit ces certificats à titre de documents dont il lui était permis de faire état, et, comme conclusions, par jugement du 27 juillet 1898, rejeta l'action en nullité.

Mais, sur appel, la Cour de Besançon refusa, tout au contraire, de prendre en considération les certificats du médecin.

« Attendu que le certificat produit par les appelants, comme d'ailleurs ceux produits par les intimés et émanant du docteur Voinot, doivent être rejetés du débat, parce que leur production dans la cause constitue une violation du secret professionnel tel qu'il résulte de l'art. 378 Code pénal, une prescription d'ordre public qui ne saurait être violée dans un intérêt de moralité supérieur et sans ébranler la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions pour garantir le repos des familles ;

Attendu que ce secret est la propriété exclusive de celui qui l'a confié ; que le docteur-médecin qui l'a reçu n'est pas le maître d'en disposer dans telles conditions ou telles limites que sa conscience semblerait le lui permettre ; que le docteur Voinot, ayant donné ses soins à Gaspard Billerey, n'a connu les causes de la mort de cet homme qu'à raison de l'exercice de sa profession, et que les constatations de ses certificats ne portent que sur des faits qui par leur nature même sont secrets ; que, dès lors, la Cour ne saurait faire état de ces documents qui ne peuvent faire preuve par eux-mêmes, ni constituer l'élément essentiel et primordial de la preuve par voie d'expertise qui est ainsi illégalement sollicitée ;

Attendu que Gaspard Bellerey mort, nul ne peut relever le docteur Voinot du secret professionnel, parce que c'est là un droit qui ne saurait appartenir qu'à la personne même qui en est propriétaire ; qu'il importe donc peu que les deux parties en cause produisent des certificats du médecin ; que les héritiers, les continuateurs même de la personne du défunt, n'ont ni l'exercice, ni la jouissance d'un droit qui, par sa nature même, est exclusivement individuel et personnel ».

La Cour de Besançon maintient donc, de façon très rigoureuse, l'obligation pour le médecin de ne dévoiler aucun des faits qu'il a pu connaître à raison de l'exercice de sa profession. En supposant même que la loi pénale fût hors de cause et qu'il

n'y eût en jeu que des intérêts privés, la Cour semble admettre que le médecin peut être relevé de son obligation par le consentement du malade, mais du moins est-ce là un droit tout personnel au malade et qui n'appartient pas même à ses héritiers les plus directs, à ses enfants par exemple. Comparer l'arrêt de la Cour de cassation, du 13 juillet 1897, d'où il résulte que le médecin ne doit pas consentir à la production en justice, par une femme mariée, demanderesse en divorce, de lettres qu'il lui a adressées au sujet de la maladie pour laquelle il soignait son mari : *l'Écho medical du Nord*, 1898, n° 323.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

M. le docteur G. LABARRIÈRE est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie et chef des travaux d'anatomie à l'Ecole de Médecine d'Amiens.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs, la mort de M. le docteur BALBIANI, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France.

BIBLIOGRAPHIE DES ACTUALITÉS MÉDICALES

Le diabète et son traitement, par le professeur R. LÉPINE, professeur de clinique médicale à l'Université de Lyon, correspondant de l'Institut, associé de l'Académie de médecine, chez J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard St-Germain), à Paris.

Un certain nombre de points de l'histoire du diabète sucré présentent un réel intérêt d'actualité. M. LÉPINE, dont la compétence sur ce sujet est bien connue, vient de résumer toutes les recherches nouvelles sur la pathogénie et surtout le traitement du diabète : un chapitre est consacré au régime, un autre aux moyens hygiéniques et aux agents médicamenteux (excitants de la glycolyse, modérateurs de la glycogénie et agents diabétiques divers ; le traitement opothérapique est étudié. Sur tous les points, l'auteur donne les résultats de sa pratique personnelle et de sa longue expérience. Il termine son étude par la dycrasie toxique, complication du diabète.

La collection des *Actualités médicales* dont ce volume fait partie, continue à paraître régulièrement, à raison d'un volume par mois.

Son succès toujours croissant s'explique facilement ; c'est certainement le reflet le plus exact du mouvement médical contemporain en France, aussi bien par le choix judicieux des sujets que par la notoriété des auteurs appelés à collaborer à cette œuvre.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

30e SEMAINE, DU 23 AU 29 JUILLET 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	2
3 mois à un an	33	18
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	1	»
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	7
40 à 60 ans	8	6
60 à 80 ans	9	6
80 ans et au-dessus	1	1
Total	70	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	2	»	»	»	»	»	4	10	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	6	13	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	15	»	1	»	»	»	»	»	1	4	23	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10	»	»	1	»	»	»	»	»	3	14	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	1	1	»	»	»	»	3	10	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	8	»	»	»	»	»	»	»	»	4	14	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	4	»	»	»	»	»	1	6	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	9	»	»	1	»	»	»	»	»	3	14	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	1	»	»	»	»	»	»	6	9
Total	»	»	»	»	»	1	»	3	4	2	58	»	1	13	1	»	»	»	1	30	114	115

N° 135. Troisième Année, N° 33. Le Numéro : **10** centimes. 13 Août 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT *5 fr. par an.*

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

Congrès français de Médecine

Ve Session. -- Lille, 28 Juillet, 2 Août 1899.

De l'accoutumance aux médicaments

Résumé du rapport du professeur SIMON (de Nancy)

Dans le sens médical, l'accoutumance est l'adaptation graduelle de l'organisme aux influences infectieuses et toxiques auxquelles il peut être habituellement ou temporairement exposé. A côté de l'immunité naturelle, il existe, en effet, une immunité acquise qui s'obtient, soit par une première atteinte, soit par une véritable accoutumance aux agents pathogènes et aux toxines qu'ils sécrètent. L'immunité naturelle de certains individus à l'égard des poisons n'est pas un fait exceptionnel, mais l'immunité acquise par l'habitude est d'une observation plus courante. L'accoutumance médicamenteuse consiste dans la faculté de pouvoir absorber, sans inconvénient notable, pendant un temps plus ou moins long, grâce à l'emploi prolongé et graduel de certaines substances toxiques usitées en thérapeutique, des doses de ces mêmes agents qui seraient certainement dangereuses, sinon même mortelles, si elles étaient prises d'emblée sans initiation préalable.

De l'accoutumance aux médicaments en général. — L'effet d'un médicament sur l'organisme dépend nécessairement du médicament lui-même, il dépend aussi de son terrain d'action. Tous les sujets peuvent-ils s'accoutumer aux médicaments ? Non. Le coefficient de toxicité individuelle est éminemment variable ; la cause de cette différence nous échappe, mais on peut préciser quelques conditions de terrain qui interviennent dans la genèse de l'accoutumance. Parmi elles, l'âge occupe une place incontestable. Les vieillards supportent en général les médicaments moins bien que les adultes. Si le chloroforme est, d'ordinaire, bien toléré, l'iodoforme peut causer des accidents, de même que la digitale, l'émétique, la morphine. Toutefois, le vieillard n'est pas nécessairement rebelle à l'accoutumance ; on rencontre tous les jours des vieillards alcooliques ; les arsénicophages et les opiophages gardent leurs habitudes jusqu'à un âge avancé. L'enfant est très sensible aux médicaments actifs, particulièrement à l'opium. C'est surtout son usage habituel qui révèle le peu de résistance du jeune âge à ce médicament : en Angleterre, des femmes en donnent à leurs enfants avant de partir à l'usine, les symptômes du morphinisme apparaissent et la mort

survient par intoxication chronique. Cependant, l'accoutumance se produit parfois. Les enfants de mères morphinomanes éprouvent, dès leur naissance, un état de besoin qui nécessite l'administration d'une goutte ou deux de laudanum.

Les jeunes enfants résistent mal à l'usage du phénol : de simples compresses phéniquées sur la peau ont entraîné la mort. Par contre ils supportent bien l'atropine, la quinine, les vomitifs, le chloroforme, l'arsenic. Les enfants s'accoutument mal au tabac.

Le sexe ne joue qu'un rôle très effacé. La race constitue un facteur plus intéressant. Les nègres supportent de fortes doses d'alcool, de mercure, d'émétique. L'intoxication morphinique est plus rapide chez les hommes de race européenne que dans les races inférieures. La race intervient peut-être dans la variété des effets produits par les toxiques : le chinois, fumeur d'opium, tombe dans une torpeur intellectuelle profonde; les habitants de Sumatra demeurent vigoureux et pleins de santé, les Indiens néerlandais ont une excitation des plus vives. Ces faits appellent de nouvelles observations.

La maladie a une importance quelquefois majeure au point de vue qui nous occupe. On voit, chez des sujets en état d'accoutumance, une maladie aiguë intercurrente interrompre la tolérance : des alcooliques ou des morphinomanes, frappés de rhumatisme ou de pneumonie, présentent tout à coup de l'insomnie, du délire, etc. Mais l'inverse est plus habituel : les fébricitants supportent des doses énormes d'alcool. Chez les pneumoniques, le tartre stibié ne provoque plus, dès le 2e et le 3e jour, ni vomissements, ni diarrhée. PETRESCO donne dix grammes de digitale en infusion par jour dans la pneumonie.

Les malades où l'élément douloureux prédomine paraissent avoir sur l'accoutumance aux médicaments sédatifs une influence toute spéciale. L'opium en fournit de nombreux exemples. Les alcooliques sont aussi réfractaires à des doses élevées d'opium. Dans le tétanos on peut donner jusqu'à 16 grammes d'hydrate de chloral par jour, FÉRÉ a donné 20 grammes de bromure à des épileptiques. Chez les choréiques, la tolérance est fort générale ; il en est de même dans les affections mentales.

Il y a lieu de réserver une place à la réceptivité propre de chaque sujet, à son idiosyncrasie. TROUSSEAU a observé deux femmes qu'une seule goutte de laudanum plongeait toujours dans le narcotisme, et un homme qui prenait quotidiennement 250 grammes de laudanum de ROUSSEAU sans effets fâcheux ; ce malade en absorbe un jour 750 grammes, ce qui n'eut d'autre résultat que de le faire dormir trois heures ! TUSSEAU a noté que certains sujets ne supportent pas l'iodoforme à l'extérieur. Il en est ainsi pour bien d'autres médicaments. Ces susceptibilités particulières sont évidemment de nature à apporter un obstacle irréductible à l'accoutumance médicamenteuse.

Le rôle dévolu au médicament dans l'accoutumance paraît intimement lié à trois facteurs principaux : la dose, la voie d'introduction dans l'organisme, enfin son association à diverses substances.

Certains médicaments agissent d'une façon différente suivant la dose administrée : le calomel, purgatif à haute dose, est absorbé en partie quand il est pris à doses fractionnnées et détermine les effets des mercuriaux. Cependant la plupart des médicaments ont la même action, l'intensité mise à part, à dose faible et à dose élevée. Les sujets qui s'adonnent à l'usage habituel des poisons débutent par des doses minimes qu'ils augmentent progressivement : s'ils s'arrêtent à une dose moyenne, celle-ci, bien que déjà toxique pour les individus non accoutumés, pourra être tolérée jusqu'au terme normal de la vie. On compte par milliers les gens qui ont supporté impunément le tabac, l'alcool, le café, l'opium, jusqu'à l'âge le plus avancé. Il faut, pour acquérir l'accoutumance, que le poison soit pris d'une façon régulière et à doses croissantes.

La voie d'introduction du poison intervient à son tour. Les Theriakis de Turquie absorbent l'opium sous forme de pilules de dix à vingt centigrammes après les repas. L'effet primitif est une stimulation intellectuelle et physique. Quand la dose arrive à deux ou trois grammes, alors les effets sont ceux des injections de morphine, mais plus tardifs et moins graves, puisque l'opiophagie n'abrège pas souvent la vie. L'injection intra-veineuse de morphine est plus active que l'injection sous-cutanée. Chez les sujets accoutumés, elle est parfois inoffensive, comme le prouve l'observation de PICHON d'un étudiant de trente ans qui pratiquait exclusivement ses injections dans les veines.

L'association de plusieurs médicaments toxiques peut ou favoriser la tolérance, ou accroître la gravité des accidents. ZAMBACS a observé des opiophages usant en même temps, et parfois largement, de cognac

ou de raki et il a pu remarquer que cette association produisait des effets salutaires. Mais l'abus de boissons fermentées greffe une nouvelle intoxication sur la première et,d'autre part, chez un organisme morphinisé, l'alcoolisme peut quelquefois déterminer de l'intolérance. Ainsi JENNINGS a cité une demoiselle de trente ans, chez laquelle les symptômees d'intolérance apparurent à dater du moment où elle se mit à boire, par jour, dix verres à bordeaux de vulnéraire.

De l'accoutumance en particulier. — L'accoutumance n'existe pas pour tous les médicaments : il en est, au contraire, un grand nombre qu'on ne peut administrer d'une façon prolongée, parce que leur action va en se renforçant ; ainsi en est-il de la digitale. Ces faits, relativement rares pour les poisons végétaux, sont presque la règle pour les minerais : phosphore, plomb, argent, zinc, mercure, etc. A côté des agents thérapeutiques auxquels l'organisme ne s'habitue pas, il en est d'autres pour lesquels il y a une accoutumance purement apparente. C'est qu'ils ont une faible toxicité relative ou qu'ils sont éliminés rapidement et par des voies multiples. Le tartre stibié paraît être dans ce cas.

Quels sont donc, en dernière analyse, les corps auxquels on s'accoutume ? Ce sont ceux qui jouissent d'une action élective sur le système nerveux ; alcool, éther, haschich, kawa, opium et morphine surtout, tabac, cocaïne, chloral, arsenic, iodure, bromures, analgésiques et antithermiques, certains hypnotiques.

Opiacés. — L'organisme s'habitue à la morphine au point d'en tolérer des doses journalières plus de 500 fois supérieures à la moyenne et le poison peut devenir tellement indispensable au fonctionnement des organes que des accidents graves succèdent à sa suppression.

Cocaïne. — L'intoxication ne se fait pas attendre et est plus grave que celle de la morphine. La guérison de la cocaïnomanie est très difficile : l'abstinence entraîne un ensemble de symptômes analogues à ceux de l'abstinence morphinique.

Chloral. — La chloralomanie est assez rare. Le chloralisme se traduit par des troubles digestifs, de la diarrhée, de l'ictère, des éruptions cutanées, des troubles de la nutrition, des accidents cardio-pulmonaires et des phénomènes nerveux.

Ether. — Les doses atteintes sont souvent considérables. Le chimiste BRIQUET en usait une pinte par jour. M. SIMON a observé une dame qui en prenait un litre. La suppression de l'éther chez les sujets habitués ne s'accompagne pas de l'irrésistibilité à rechercher le stimulant qu'on observe dans d'autres accoutumances.

Accoutumances complexes.—WIPHAM a vu un malade adonné à la fois à la morphine, au bromure, au chloral, à l'alcool et au haschich. MORTON a fait connaître le théisme des femmes américaines qui, non contentes d'abuser du thé, y ajoutent de la morphine et de l'opium, sans compter deux ou trois verres d'absinthe glacée. Certains morphinomanes sont en même temps opiophages. L'association de la cocaïne et de la morphine est la plus fréquente et la plus redoutable.

Chloroforme. — La passion du chloroforme a beaucoup d'analogie avec l'état des buveurs intermittents : il y a des intervalles lucides dans lesquels il y a peu de tendance à prendre du chloroforme, le besoin s'en fait sentir dans le cas de chagrin ou d'émotions violentes. La désaccoutumance est facile.

Caféine. — Certaines femmes d'ouvriers consomment par semaine jusqu'à 1.500 grammes de café de Ceylan, ce qui fait 1 gr. 86 de caféine par jour.

Arsenic. — Sa suppression brusque peut entraîner des accidents d'abstinence. L'acide arsénieux est toxique à la dose de trois à cinq centigrammes ; or, les arsenicophages en prennent jusqu'à trente centigrammes, jusqu'à quatre-vingts centigrammes dans un cas de KNAPP. L'arsenic n'est pas absorbé en totalité, car les sujets en question n'utilisent que des préparations peu solubles.

Iodures. — L'iodisme dépend de la prédisposition du sujet, de la dose et de la variété d'iodure employée. Mais l'observation montre qu'il peut disparaître à la suite de plusieurs prises successives. Il y a donc une réelle accoutumance.

Bromures. — On peut les administrer très largement par une habitude progressive aidée par l'antisepsie des téguments et des voies digestives. Les influences dépressives de tout ordre peuvent interrompre la tolérance et faire naître les symptômes du bromisme.

Atropine. — Les enfants la supportent bien. On arrive, dans la coqueluche, à leur donner 10 et 12 centigrammes de poudre de belladone mélangée à autant d'extrait. Chez l'adulte, grâce à une accoutumance, on peut aller beaucoup plus loin. TROUSSEAU donnait

vingt centigrammes de poudre et vingt centigrammes d'extrait de belladone et l'atropine à la dose d'un cent.

Conclusions. — Les agents amenant l'accoutumance sont, pour la plupart, des composés organiques ; cependant les minéraux d'une faible toxicité relative n'en sont pas exclus.

L'accoutumance ne se fait pas toujours sans difficulté. Il y a souvent une période d'initiation pénible. Les doses, dans tous les cas, ne doivent être que graduellement augmentées. Il est des sujets qui offrent une opposition irréductible à l'accoutumance à tel ou tel poison.

Celle-ci est rapidement obtenue. Elle s'observe avec tous les modes d'absorption. L'individualité, l'idiosyncrasie, a le premier rang en matière d'accoutumance. Une fois cette dernière constituée, elle apporte à l'action physiologique des médicaments des modifications profondes, dont l'affaiblissement considérable de leur toxicité et les changements dans leurs propriétés. Telle substance qui, au début, impressionnait l'organisme tout entier, n'agit plus que sur tel ou tel appareil : l'organisme ne s'accoutume pas en bloc et certains organes ne s'habituent pas au poison. Ainsi les sujets qui prennent pour la première fois de la morphine présentent des troubles gastro-intestinaux, des vertiges et un malaise général qui disparaissent complètement dans la suite, mais les centres sensitifs et psychiques continuent à être influencés.

Les organes qui, normalement, sont les plus sensibles à l'action des médicaments, sont aussi ceux qui subissent le moins l'influence de l'habitude. Ainsi, à la suite de l'empoisonnement chronique par de petites doses d'atropine, la pupille réagit après chaque dose, comme à l'état normal ; chez l'homme, les centres sensitifs gardent leur sensibilité à la morphine, les centres psychiques continuent à être influencés par l'alcool et le tabac.

L'accoutumance a une limite qui ne peut être impunément franchie. L'usage dégénérant en abus, il s'établit une intoxication lente et chronique dont les symptômes sont tout autres que ceux de l'empoisonnement aigu. Pour conjurer ceux-ci, il n'est d'autre moyen que la suppression du toxique, mais ici on se heurte aux accidents de l'abstinence, s'il s'agit de médicaments euphoriques. Si l'habitude est invétérée, le retour à la santé ne s'opère plus qu'au bout d'un temps très long, à moins que la mort ou l'aliénation mentale ne viennent terminer la scène morbide. Encore, quand le malade guérit, faut-il redouter des récidives qui ne demandent souvent pour se produire que les plus légers prétextes.

Rapport du professeur HEYMANS (de Gand).

Chez les individus de même poids et aussi semblables que possible, appartenant à une même espèce animale, la dose mortelle limite d'un poison, administré pour la première fois, est absolument constante ; une dose submortelle, mais toxique, provoque toujours les mêmes symptômes et enfin la dose inactive ne détermine jamais de phénomènes sensibles. Mais les individus d'une même espèce peuvent présenter entre eux des différences passagères, d'où il résulte que la réaction de l'organisme intoxiqué varie. Si l'on administre à des intervalles répétés, à un même individu normal, les mêmes doses toxiques d'un même poison, chaque dose produira, d'après la nature du poison, une intoxication, ou toujours égale, ou graduellement croissante, ou graduellement décroissante. Dans ces deux derniers cas, il se présente ce qu'on appelle ou l'accumulation ou l'accoutumance.

L'accoutumance à un poison chez un individu est un état organique particulier, déterminé par des doses antérieures de ce poison, grâce auquel le pouvoir toxique du poison est moins grand que chez un individu semblable auquel ce poison est donné pour la première fois. C'est le fait du poison lui-même, et cette accoutumance est spécifique.

On n'a pas jusqu'ici recherché systématiquement quels poisons déterminent l'accoutumance et quels poisons provoquent l'accumulation, mais on peut admettre que la plupart des glucosides et des alcaloïdes ainsi que la plupart des composés chimiques inorganiques et organiques sont à même de provoquer l'accoutumance. Nous ignorons encore le mécanisme intime de celle-ci ; pour le préciser quelque peu, nous sommes obligé de comparer l'accoutumance médicamenteuse à l'immunité acquise et innée.

L'immunité qu'on obtient à la suite d'administration répétée de doses croissantes de toxines microbiennes se caractérise par la présence dans le sang d'une substance capable d'annihiler l'action de la toxine correspondante. Rien ne nous autorise à admettre qu'il se produise un phénomène semblable dans l'accoutumance aux médicaments. Tous les poisons microbiens semblent à même de pouvoir provoquer

l'accoutumance, mais tous ne déterminent pas l'immunité antitoxique ni même l'état bactéricide. D'autre part, l'accoutumance à certains poisons albuminoïdes d'origine végétale ou animale, tels que le venin de serpent, l'abrine, la ricine, s'accompagne également de la formation d'un sang antitoxique; par contre, les composés organiques et inorganiques ne déterminent jamais une immunité antitoxique. Il y a donc deux sortes d'accoutumance aux poisons, deux sortes d'immunité toxique acquise, l'une qui mène à l'immunité humorale antitoxique, l'autre à l'immunité cellulaire. Parmi cette dernière, il faut placer l'accoutumance aux médicaments.

L'immunité cellulaire artificielle ou acquise trouve son pendant dans l'immunité innée ou naturelle. La dose mortelle d'un poison varie considérablement chez les différentes espèces d'animaux. D'autre part, tel poison toxique pour un individu donné n'agit pas au même degré sur toutes ses cellules : il n'y a pas de poison absolu, comme il n'y a pas d'immunité ou d'accoutumance absolue.

L'accoutumance est à l'individu ce que l'immunité innée est à la race ou à l'espèce. Toutefois, l'accoutumance ne devient de l'immunité naturelle que très lentement.

L'accoutumance ou l'immunité innée crée des modifications chimiques, physiques et physiologiques inhérentes aux cellules. Toute accoutumance toxique, toute immunité innée ont peut-être ceci de commun que les cellules atteintes primitivement par le poison n'en sont plus modifiées dans leur tonus vital.

Dans certains cas, le poison ne pénétrera plus dans la cellule, celle-ci ayant modifié ses propriétés osmotiques et sélectives. D'autres fois, la cellule modifie son intérieur de telle manière que le poison, tout en y entrant, n'y trouve rien à quoi se combiner et en sort comme tel. D'autres fois enfin, la cellule fait sa pâture du poison. La vraie accoutumance doit consister en ce que le poison devienne pour la cellule un aliment. Le premier cigare et le premier verre de liqueur peuvent nous avoir rendu malades, tandis qu'ils réconfortent un organisme accoutumé. Puisqu'alors la cellule détruit le poison, on peut dire qu'elle est antitoxique; seulement, cette propriété étant liée à la vitalité cellulaire, l'extrait de ces cellules est dépourvu de toute action antitoxique et dès lors l'immunité cellulaire acquise n'est pas transmissible d'un animal à l'autre comme l'est l'immunité antitoxique.

Leucémie et Adénie

Résumé du rapport de M. le Dr J. DENYS (de Louvain)

I. — LEUCÉMIE

La leucémie étant liée essentiellement à des modifications quantitatives et qualitatives dans les leucocytes de l'économie, il faut d'abord étudier ces leucocytes à l'état normal pour pouvoir comprendre, tout à l'heure, leurs variations pathologiques qui caractérisent la leucémie.

Leucocytes normaux. Leur filiation. — Lorsqu'on examine au microscope les leucocytes de l'organisme, quelle que soit leur provenance (sang, lymphe, organes lymphatiques), on constate qu'ils ne sont pas tous semblables, mais qu'ils diffèrent les uns des autres par leur forme, leur grandeur, leurs réactions colorantes et qu'on peut ainsi les répartir en plusieurs groupes. Il faut admettre dans le sang au moins quatre espèces de leucocytes répartis en deux groupes.

A) Les *Lymphocites*. — Groupe de leucocytes dont le protoplasme ne renferme pas de granulations, décelables par les méthodes de coloration ordinaire, quelle que soit la réaction de la couleur d'aniline employée.

Globule petit, de la grandeur d'un globule rouge. Noyau visible à frais; avec un ou plusieurs nucléoles; volumineux et formant à lui seul la plus grande masse du corps cellulaire.

Protoplasme peu abondant en réseau assez grossier. La zone qu'il forme autour du noyau est très étroite; le noyau paraît quelquefois nu d'un côté, ou même complètement nu.

Les lymphocytes prennent naissance dans les tissus lymphoïdes et forment environ 23 à 25 °/o des globules blancs du sang.

B) Les *Myélocites*. — Groupe des leucocytes dont le protoplasme contient des granulations se colorant avec les dérivés d'aniline.

Globule grand, plus grand qu'un globule rouge. Noyau invisible ou difficilement visible à frais; en boudin, replié sur lui-même et étranglé en plusieurs endroits.

Protoplasme abondant, réfringent, remplissant la plus grande partie de la cellule.

Prennent naissance dans la moelle des os, et forment environ 75 à 78 °/₀ des globules blancs du sang.

Les myélocytes sont surtout caractérisés par leurs réactions colorantes et se divisent ainsi en trois espèces : [—] en raison de leurs affinités différentes pour les couleurs d'aniline : [*myélocytes neutrophiles, acidophiles, basophiles*].

a) *Myélocytes neutrophiles*. — Dans ces leucocytes, les granulations protoplasmiques restent incolores avec les couleurs basiques ou acides. Elles ne prennent que les couleurs résultant de la combinaison d'une couleur acide avec une couleur basique comme l'orange ou le vert de méthyle.

Ces granulations sont extrêmement fines (les plus fines de toutes) : ne sont pas visibles au frais ; la coloration d'aniline peut seule les mettre en évidence ; et cette coloration est même assez pénible à obtenir.

Proportion dans le sang, 70 à 72 °/₀.

b) *Myélocytes acidophiles oxyphiles*. — Dans ces leucocytes, les granulations ont une affinité spéciale pour les matières colorantes acides (éosine, fuchsine acide) et refusent les couleurs neutres et basiques.

Ces granulations sont deux ou trois fois plus grosses que les précédentes ; sont visibles à frais ; se colorent très facilement et d'une façon intense.

Proportion dans le sang, 2 à 4 °/₀.

c) *Myélocytes basophiles* (mastzellen). Mêmes caractères que les acidophiles ; mais se colorent exclusivement avec les couleurs basiques d'aniline (bleu de méthylène, etc.).

Proportion dans le sang, 1/2 °/₀.

Cette classification de Denys :

Leucocytes	Sans granulations : Lymphocytes	
	Avec granulations : Myélocytes	Neutrophiles Acidophiles Basophiles

est une simplification de la classification d'Ehrlich :

Leucocytes	Sans granulations	1° Lymphocytes 2° Grands leucocytes mononucléaires
	Avec granulations	3° Formes de passage 4° Neutrophiles 5° Acidophiles 6° Basophiles

M. Denys a supprimé dans sa classification la troisième espèce d'Ehrlich dite : « formes de passage », parce qu'elle fait double emploi avec la quatrième. Ces formes de passage ne sont en effet que des neutrophiles jeunes à réaction colorante déjà caractéristique mais dont le noyau encore globuleux ne s'est pas encore rétracté en boudin.

M. Denys raye également la catégorie d'Ehrlich. Les grands leucocytes mononucléaires sont, d'après l'auteur allemand, des éléments deux ou trois fois plus grands que les globules rouges avec un noyau ovale, un protoplasme assez abondant mais libre de granulations. Ehrlich voit dans ces éléments des myélocytes neutrophiles très jeunes n'ayant pas encore élaboré leurs granulations caractéristiques, et devant dans le cours de leur évolution devenir d'abord les formes de passage de la troisième espèce, et enfin des neutrophiles complets.

M. Denys considère au contraire ces éléments simplement comme des lymphocytes de grande taille, et se base sur ce fait qu'on les rencontre par élection dans le canal thoracique.

Comme la lymphe est formée exclusivement de lymphocytes sans aucun neutrophile, ceci permet de préjuger de l'origine et de la nature lymphocytique de ces grands leucocytes mononucléaires.

La classification de Denys implique donc l'idée de la séparation absolue des différents groupes établis : La lymphocyte et les trois espèces de myélocytes constituent des catégories distinctes sans transformation possible de l'une dans l'autre : soit en tout quatre sortes d'éléments leucocytaires dans le sang, indépendants les uns des autres et autonomes.

Aux auteurs qui prétendent au contraire que ces formes dérivent les unes des autres, et qui sont partisans de l'unité du type leucocyte, M. Denys oppose les quatre arguments suivants :

1° Argument tiré de la présence ou de l'absence de granulations spéciales. — 1° Les trois pièces de myélocytes sont des espèces distinctes parce que leurs réactions colorantes ont la valeur spécifique d'une véritable réaction chimique. Ainsi les myélocytes sont entièrement et invariablement ou neutrophiles ou acidophiles ou basophiles. On ne verra jamais par exemple un leucocyte ayant à la fois des granulations éosinophiles ou neutrophiles, ou prendre successivement une couleur acide et une couleur neutre.

2° Il n'y a aucune liaison entre les lymphocytes et les différents myélocytes. Si cette liaison existait on ne pourrait la concevoir que par la transformation de l'élément plus simple (lymphocyte sans granulations) en l'élément plus compliqué (myélocyte avec granulations), au moyen de formes de transition dans lesquelles on assisterait au développement des granula-

tions. Or ces intermédiaires n'existent pas, pas plus entre les lymphocytes et les leucocytes éosinophiles qu'entre les lymphocytes et les neutrophiles.

On ne peut pas non plus admettre que ces intermédiaires n'existent que transitoirement, la transformation se faisant si vite qu'elle échappe à l'observation.

Car, dans le sang extravasé, on peut observer pendant plusieurs heures des leucocytes vivants sans les voir changer de caractères spécifiques. Si l'on suit au microscope le cours de la lymphe le plus loin possible de ses centres d'origine jusqu'à son déversement dans le sang, on n'observe en aucun point de transformation de lymphocyte en leucocyte neutrophile. Si l'on provoque une leucocytose expérimentale par des injections de sang défibriné, les leucocytes jeunes que l'on observe dans le sang sont déjà des myélocytes à granulations et non pas les lymphocytes qui devraient les précéder.

2° Argument tiré de la diversité du tissu de formation. — Lymphocytes et myélocytes naissent dans des tissus différents et de composition histologique tout-à-fait contraire.

Les lymphocytes proviennent du tissu adénoïde des ganglions lymphatiques, de la rate, des follicules du tube digestif, formé d'une charpente conjonctive et d'une substance fondamentale fibrillaire.

Les myélocytes ont leur origine exclusive dans la moelle rouge des os, formée d'un tissu de soutien de grandes cellules étoilées et d'une substance fondamentale muqueuse.

3° Argument tiré de l'absence ou la présence de substance bactéricide. — Les dernières recherches microbiologiques, et particulièrement les expériences de Van de Velte, Halin, P. Bail, ont montré que la sérosité des exsudats, de même que le sérum du sang, renferme en abondance un ferment, une substance bactéricide, c'est-à-dire s'opposant au développement des cultures microbiennes.

Ce ferment est sécrété par les leucocytes des exsudats, par suite on peut s'attendre à le retrouver en abondance dans les tissus générateurs de ces leucocytes.

Or, il y a une différence fondamentale au point de vue du pouvoir bactéricide entre les lymphocytes et les myélocytes :

Les myélocytes et par suite les tissus au sein desquels ils se forment, c'est-à-dire la moelle des os, dégagent en abondance ce ferment bactéricide.

Les lymphocytes au contraire et leurs organes de leucopoïèse en sont dépourvus.

Ce fait a été établi par les expériences du docteur Wauters. Wauters prend du sérum sanguin, détruit sa substance bactéricide normale en le chauffant à 60°-62°, et ensemence ensuite ce sérum d'un nombre donné de staphylocoques ou de B. du foin.

A certains tubes il ajoute de la moelle osseuse de lapin triturée, et constate que, suivant la quantité de moelle ajoutée, les cultures poussent difficilement ou ne poussent pas du tout, d'où mise en évidence du pouvoir bactéricide de la moelle et des myélocytes. A d'autres tubes il ajoute du suc ganglionnaire, et les cultures ne sont pas modifiées dans leur développement, d'où absence de ferment bactéricide dans ces ganglions et ces lymphocytes.

Conclusion : Distinction fondamentale nouvelle entre lymphocytes et myélocytes.

4° Argument tiré du pouvoir phagocytaire. — Contrairement à l'idée généralement admise, les lymphocytes ont des mouvements amœboïdes, mais très peu apparents à cause de la rareté de leur protoplasme.

Les myélocytes ont au contraire des mouvements amœboïdes très étendus et très nets.

Les myélocytes se distinguent en outre des lymphocytes parce qu'ils ont des propriétés très actives de phagocytose, tandis que les lymphocytes n'en ont pas.

Si l'on met en présence (expériences de Wauters) des myélocytes provenant de moelle osseuse de lapin et une culture de staphyl. ou de B. subtilis sur sérum stérilisé, on trouve au bout de trois heures que les myélocytes renferment des microbes.

La même expérience reproduite avec des lymphocytes provenant de ganglions mésentériques, montre que les lymphocytes n'en renferment point.

L'étude physiologique des leucocytes étant faite, il est facile maintenant d'aborder l'étude de la leucémie, c'est-à-dire du processus pathologique qui relève d'une augmentation systématique de ces leucocytes.

De même qu'il y a deux catégories fondamentales de globules blancs, de même il y a deux leucémies correspondantes à chacune de ces catégories, et essentiellement distinctes l'une de l'autre.

Aux anciennes classifications cliniques, basées macroscropiquement sur la prédominance de l'hypertrophie de tel organe lymphatique, il faut substituer la classification anatomo-pathologique, la seule rationnelle, et distinguer :

1° La *leucémie médullaire* ou *myélémie*, ou *leucémie à myélocytes*.

2° La *leucémie lymphatique* ou *lymphémie*, ou *leucémie à lymphocytes*.

1° Leucémie médullaire ou myélémie. — La forme la plus commune.

Maladie caractérisée : 1° Par l'augmentation en nombre des myélocytes du sang, avec nombreuses formes jeunes ; augmentation portant également sur les trois variétés de myélocytes. Dans la leucocytose, avec laquelle on pourrait confondre certaines myélémies au début, l'accroissement porte seulement sur les leucocytes neutrophiles ; en outre les éosinophiles sont diminués de nombre, et il n'y a que des formes adultes.

2° Par des modifications qualitatives de certains leucocytes : volume plus petit ou plus grand ; noyau plus étalé, moins découpé, moins coloré ; granulations diminuées de nombre. Ces éléments atypiques répondent à un état jeune du leucocyte.

2° Leucémie lymphatique ou lymphémie. — Caractérisée par l'augmentation du nombre des lymphocytes. Certains de ces lymphocytes sont diminués de volume (globules nains) le protoplasme y devient alors presqu'invisible. D'autres sont doublés de volume (globules géants) avec noyau sphérique, lobé, et protoplasme très apparent mais sans granulations.

L'hyperproduction des lymphocytes amène l'hypertrophie des organes générateurs de ces lymphocytes : rate, ganglions, etc. Suivant la rapidité du processus d'hypertrophie on a distingué une forme chronique et une forme aiguë ; même, dans ces derniers temps on a signalé une forme suraiguë où la mort survenait avant le développement apparent de cette hypertrophie.

D'où la classification en :

a) Lymphémie chronique avec hyperplasie du tissu lymphoïde ;

b) Lymphémie aiguë avec hyperplasie du tissu lymphoïde ;

c) Lymphémie aiguë sans hyperplasie du tissu lymphoïde.

a) Lymphémie chronique avec *hyperplasie*. — Forme assez rare de leucémie. (Cas de Litten, Klemperer, Senator, Growitz, Ehrlich, Dieudonné).

Principaux caractères cliniques : Gonflement des ganglions ; tuméfaction considérable de la rate ; absence de diathèse hémorrhagique ; apyrexie habituelle ; début insidieux ; absence d'intoxication ; durée une à plusieurs années.

b) Lymphémie aiguë avec *hyperplasie*. (Cas d'Ebstein, Frankel, Gilbert et Weyb).

Principaux caractères : Gonflement des ganglions, moins indurés que les précédents ; tuméfaction modérée de la rate ; existence de diathèse hémorrhagique ; existence de fièvre élevée ; début brusque ; intoxication profonde ; durée trois à quatre mois.

c) Lymphémie aiguë non hyperplasique. — Deux cas avérés seulement ont été publiés (Fleischer et Leube, Hirschloff). Le malade d'Hirschloff succombe après trente-quatre jours de maladie avec un rapport de leucocytes aux hématies de 1 à 4. A l'autopsie aucune lésion apparente des ganglions lymphatiques, ni de la rate, ni de la moelle, pas de lymphomes dans les autres organes. Mais on est toujours en droit de se demander si l'examen de ces organes, particulièrement de la moelle osseuse, a été bien rigoureux.

En somme, forme très rare, discutable même.

Les types leucémiques sont-ils toujours aussi tranchés que les cas précédents. N'existe-t-il pas des leucémies mixtes, c'est-à-dire à la fois lymphatiques et médullaires ?

La question n'est pas résolue. Klemperer et Hirschloff prétendent en avoir observé des cas. Ehrlich soutient le contraire : les observations des auteurs précédents ne seraient, d'après lui, que des combinaisons de lymphémie et de leucocytose banale.

Anatomie pathologique de la leucémie. — Hyperplasie des tissus générateurs des leucocytes : ganglions lymphatiques, follicules lymphatiques, rate, moelle des os dont l'activité pathologique se témoigne par de nombreuses figures de karyokinèse. La rate peut devenir énorme et emplir la cavité abdominale.

La moelle osseuse retourne à l'état fœtal ; ses globules graisseux se résorbent, les cellules de soutien se rapetissent et entre leurs interstices on voit apparaître de nouveau des myélocytes et des globules rouges nucléés, remplaçant les globules graisseux. Peu à peu les myélocytes deviennent prédominants.

Malgré leur suractivité, les organes normaux de leucopoïèse peuvent être insuffisants aux besoins de l'organisme ; alors on voit apparaître des îlots de tissus générateurs de leucocytes au sein d'organes, ne relevant plus du système lymphatique, comme le foie, les reins, la peau, les muqueuses, les nerfs, etc.

Dans la lymphémie ces métastases produisent des lymphocytes, ce sont des lymphomes. Dans la myélémie ce sont des myélomes.

Ces métastases peuvent même se faire au sein d'organes lymphatiques d'autre nature, par exemple métastase de lymphocytes dans la moelle osseuse, ou de myélocytes dans la rate ou les ganglions.

On en a conclu à tort à la combinaison ou à la transformation possible de la lymphémie en myélémie. Il n'en est rien puisqu'il s'agit alors de formation atypique et non d'hyperplasie.

A signaler encore dans les deux types de leucémie, un degré d'anémie considérable. Le sang a les caractères de l'anémie pernicieuse : Hyperglobulie extrême ; hématies naines ou géantes ; Hématoblastes et globules nucléés, taux en hémoglobine variable.

Pathogénie de la leucémie. — Encore inconnue.

Pour connaître la cause de la lymphémie il faudrait avoir sur le rôle des lymphocytes des notions autres que celle de leur pouvoir de dégagement du ferment de la fibrine.

Pour la myélémie nous ignorons tout à fait le rôle des basophiles. Nous ne connaissons pour les acidophiles et surtout les neutrophiles que leur rôle de défense de l'organisme dans la lutte contre les microbes. Si la myélémie n'est que l'expression d'un effort curatif fait par l'organisme pour lutter contre un facteur inconnu, quel est cet ennemi ? N'y a-t-il pas plutôt pour le myélocyte à côté de cette fonction secondaire, accidentelle, de défense, une fonction fondamentale permanente encore inconnue dont la perturbation serait cause directe de leucémie ?

Disons un mot, enfin, de la théorie parasitaire. Lowit prétend avoir trouvé, depuis 1898, une amibe, l'Hœmamœba Leukœmiæ dans onze cas de myélémies et trois cas de lymphémies.

Dans la myélémie le parasite se trouve à la fois dans le sang (où il est intra leucocytaire) et dans les organes lymphatiques (où il est extra-leucocytaire). Dans la lymphémie, il n'existe pas dans le sang. Ajoutons que les recherches de Lowit n'ont pas été jusqu'à présent confirmées.

II. — L'ADÉNIE.

Contrairement à la leucémie, il n'y a pas de travaux récents sur l'adénie.

L'adénie se distingue de la leucémie par l'absence de lésions sanguines ; ses leucocytes ne sont pas modifiés, c'est donc une pseudo-leucémie.

L'adénie consiste en une hyperplasie du tissu lymphatique (ganglions, follicules clos, rate), avec métastases possibles (lymphomes). Cette hyperplasie *n'intéresse pas le tissu médullaire.*

L'adénie est donc opposable non pas à la leucémie en général mais à la lymphémie. C'est une pseudo-lymphémie, la pseudo-myélémie n'existant pas.

CONCLUSIONS

Problèmes à résoudre encore dans l'état actuel de ces questions :

Existe-t-il des leucémies mixtes ?

L'apparition de myélocytes à la fin de certaines lymphémies doit-elle être considérée comme myélémie ou comme simple leucocytose ?

Existe-t-il de vraies leucémies sans hyperplasies lymphatiques ?

Comment se font les métastases de myélocytes au sens d'organes générateurs de lymphocytes, et réciproquement ?

Les parasites de Lowit se rencontrent-ils dans toutes les leucémies ? Leur rôle pathogénétique ?

Observe-t-on dans la pseudoleucémie une hyperproduction de leucocytes, comme dans la leucémie. Rapports de ces leucocytes entr'eux.

État comparé des urines dans la pseudo-leucémie et la leucémie au point de vue de l'acide urique et des « alexurköper ».

LE PROCHAIN CONGRÈS

Le Congrès français de médecine a décidé de tenir ses prochaines assises à Toulouse, en 1901, dans les premiers jours d'août. M. Lemoine (de Lille) est nommé président du Congrès de 1901 ; MM. Mossé (de Toulouse) et Caubet (de Toulouse) sont élus vice-présidents ; M. Saintange (de Toulouse), secrétaire général, et M. Parent (de Toulouse), trésorier.

Les questions mises à l'ordre du jour du Congrès prochain sont les suivantes :

1° *Convulsions chez l'enfant ;*

2° *Insuffisance hépatique ;*

3° *Médicaments d'épargne.*

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — M. CHARRIN a pu faire varier d'une façon très remarquable la résistance des animaux à l'infection pyocyanique, selon qu'il leur injectait des acides ou des sels de soude.

Société de Biologie. — MM. GILBERT et GARNIER ont observé l'hypertrophie du foie sur l'anémie pernicieuse.

— MM. BESANÇON et GRIFFON ont produit des arthrites expérimentales à pneumocoques, par infection générale et sans traumatisme articulaire. Ils employèrent des cultures atténuées.

Société médicale des Hôpitaux. MM. SOUPAULT et LABBÉ. Les adénopathies dans le cancer épithélial n'ont de valeur diagnostique, que si leur nature cancéreuse a été prouvée par l'examen histologique.

Société de Chirurgie. — M. BERTHOD fait le procès du sublimé, qu'il trouve souvent inutile et toujours redoutable. M. DESNOS répond qu'il s'en sert couramment, sans avoir jamais observé d'accidents.

VARIÉTÉS

Les tuberculeux et les sanatoria en Italie

Nous empruntons au *Temps* l'article ci-dessous. Quelques réserves qu'il convienne de faire au sujet de certaines appréciations de l'auteur, les faits signalés prouvent combien on se préoccupe de la contagion de la tuberculose et à quelles exagérations on arrive au sujet de la création des sanatoria.

La question de la tuberculose préoccupe beaucoup l'Italie en ce moment. On n'avait pris encore aucune précaution hospitalière sérieuse contre le développement de la terrible maladie. La création de sanatoria s'impose, et des sociétés se sont formées pour provoquer à cet effet un mouvement dans l'opinion publique.

L'assassinat de M. Bondi, médecin en chef de l'hôpital de Santo-Spirito, par un tuberculeux, soigné autrefois dans la maison et qui s'y était représenté quelques heures auparavant pour y être reçu de nouveau, a fortement ému le corps médical. L'entrée de l'hôpital lui avait été refusée parce qu'il n'était pas muni du certificat municipal ; le misérable est allé acheter un clou, long de 15 centimètres, a attendu le passage de M. Bondi, sur le pont Saint-Ange, et le lui a planté dans le cou. La mort a été instantanée et l'assassin arrêté.

C'est un tuberculeux également qui, il y a quelques années, avait assassiné dans ce même hôpital de Santo-Spirito la sœur Saint-Agostino. L'instabilité naturelle aux phtisiques semble prendre, à Rome, un pli criminel. Le personnel hospitalier : médecins, sœurs, infirmiers, troublé par le terrible événement, s'agita et proposa des réformes immédiates. L'opinion publique, de son côté, se demanda, émue, si ces vengeances ne cachaient pas de justes rancunes. Il est certain que la façon dont les maladies tuberculeuses sont traitées dans les hôpitaux de Rome représente non seulement un épouvantable danger de contagion, mais une cause de mécontentement poussant au crime.

La salle des phtisiques à Santo-Spirito est un tel centre d'infection que le seul moyen d'échapper à la contagion est d'y séjourner le moins possible. Les médecins, les sœurs, les infirmiers y passent en courant. De là abandon des malades, mauvaise humeur de ceux-ci et représailles sanglantes. Aucune amélioration n'est possible, écrit un médecin de Rome, il faut supprimer d'urgence ce triste refuge et le remplacer par une baraque en plein air, dans la campagne, jusqu'à ce que le gouvernement y ait pourvu. Les phtisiques représentent un double danger qu'il faut supprimer, en les enfermant de force dans les sanatoria où ils profiteront des conquêtes de la science moderne et ne pourront tuer leur prochain par l'infection ou le crime.

Comment voulez-vous, écrit un autre, que dans les classes inférieures habituées à la violence, les malades, exaspérés par le manque de soins, ne deviennent pas criminels, lorsque nous constatons le degré de férocité auquel arrivent parfois les tuberculeux des classes aisées ? Et il raconte le cas d'un de ses clients poitrinaires qui, jaloux de la santé de sa jeune femme, la forçait à boire dans son verre et à endosser la chemise mouillée de sueur que lui-même avait portée !

La mort du Dr BONDI aura donc peut-être pour résultat d'accélérer à Rome des réformes indispensables au double point de vue de la santé publique et de l'humanité.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'exercice de la médecine sous un pseudonyme

Aux termes de l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892, « il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions de docteur en médecine, chirurgien-dentiste et sage-femme. » Dans son récent ouvrage *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 66, le docteur BROUARDEL rappelle que cette disposition fut ajoutée, brusquement et sans étude préalable, au cours de la discussion devant le Sénat, en vue d'atteindre ces médecins peu recommandables qui n'hésitent pas à faire, sous un nom supposé, les annonces les plus honteuses, et qui reculeraient probablement dans leurs manœuvres, lorsque celles-ci imprimeraient à leur nom et à celui de leurs enfants une tare définitive. Mais, ajoute le savant auteur, « le résultat n'a pas répondu à ce que l'on espérait. Légalement, la défense d'exercer sous un pseudonyme signifie simplement qu'on ne doit pas signer des ordonnances d'un nom autre que le sien.

On voit la distinction. Rien n'empêche de préconiser sur des affiches, généralement placées dans certains édicules, tel ou tel traitement du docteur ALBERT, du docteur EMMANUEL ou d'un autre docteur qui existe, est mort, ou n'a jamais été médecin ; il est facile de recommander une méthode végétale, américaine, plus ou moins fantaisiste ; mais si l'ordonnance est signée du nom d'un docteur, la loi n'est pas applicable ».

Malgré ces fâcheux pronostics, la jurisprudence vient de montrer qu'elle reconnaissait à la prescription de l'art. 9 une portée plus grande et une sanction plus efficace. Successivement, le tribunal de la Seine, dans un jugement du 18 novembre 1898, et, sur appel, la Cour de Paris, dans un arrêt du 14 mars 1899, ont appliqué l'art. 9 au fait par un dentiste d'exercer son art dans un appartement à la porte duquel était fixée une plaque ainsi conçue : « Docteur SYLVESTRE, dentiste américain. » Or, le mot Sylvestre était simplement le prénom du sieur Baumgartner, inculpé de contravention à l'art. 9. Les juges ont décidé « qu'en n'indiquant pas son nom de famille et en le remplaçant par son simple prénom, Baumgartner avait dissimulé son individualité d'une façon aussi complète que s'il avait pris un véritable pseudonyme ».

La question, en l'espèce, pouvait paraître délicate. Car qu'est-ce qu'un pseudonyme ? Un nom faux, un nom imaginaire, inventé de toutes pièces. Or, peut-on assimiler à un pseudonyme le prénom véritable employé à l'exclusion du nom de famille ? Mais le tribunal de la Seine a consulté l'esprit plutôt que la lettre de la loi. Dans un *rapport* sur la loi de 1892, M. CHEVANDIER avait dit : « Le pseudonyme est, dans l'espèce, un masque pour le charlatan ». Le tribunal a considéré que le législateur avait voulu atteindre toute dénomination pouvant constituer un masque pour le médecin, pouvant permettre au médecin de dissimuler sa véritable identité. On ne peut qu'approuver cette décision.

J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Règlement concernant le Doctorat de l'Université de Lille (mention pharmacie).

Par arrêté du 12 juillet 1899, M. le Ministre a approuvé la délibération du Conseil de l'Université de Lille instituant un diplôme de docteur (mention pharmacie) de cette Université et en réglementant les conditions de scolarité.

ARTICLE Ier. — Il est créé un diplôme de Docteur de l'Université de Lille (mention pharmacie).

ART. II. — Les candidats à ce titre devront justifier du diplôme de pharmacien de 1re classe ou, s'ils se présentent à titre d'étrangers, d'un certificat d'études de pharmacie chimique et de toxicologie et d'un certificat d'études de pharmacie galénique et de matière médicale.

Ils seront astreints à une année d'études au cours de laquelle ils prendront quatre inscriptions trimestrielles. Cette année de scolarité ne pourra être accomplie qu'à la Faculté de Lille.

ART. III. — Les candidats acquitteront les mêmes droits d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques que les étudiants en pharmacie.

Seront seuls dispensés de ces droits les chefs de travaux, les préparateurs et les aides-préparateurs de la Faculté.

ART. IV. — Les candidats, en se faisant inscrire, auront à opter entre la physique, la chimie et l'histoire naturelle.

ART. V. — Ils subiront après cette année de scolarité un examen comprenant :

1° Une épreuve écrite sur un sujet de physique, de chimie ou d'histoire naturelle, tiré des programmes des certificats énumérés à l'art. VI.

2° Une épreuve pratique se rapportant respectivement aux applications à la pharmacie de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

3° Une épreuve orale d'une durée minimum de quinze minutes avec chacun des examinateurs.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires. Un zéro donné par l'un des juges dans les deux premières épreuves entraîne l'ajournement.

ART. VI. — Les pharmaciens de 1re classe munis : I. pour la physique : des certificats d'études supérieures de physique générale et de minéralogie appliquée ; II. pour la chimie : des certificats d'études supérieures de chimie minérale et de chimie appliquée ; III. pour l'histoire naturelle : des certificats d'études supérieures de botanique et de zoologie, seront dispensés de cet examen ; mais ils accompliront néanmoins une quatrième année de scolarité à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. Ils pourront être dispensés, mais seulement à titre onéreux, de cette quatrième année d'études.

ART. VII. — Les candidats qui auront satisfait à l'examen ci-dessus ou qui présenteront les deux certificats équivalents énoncés à l'art. VI soutiendront une thèse imprimée contenant des recherches personnelles. La soutenance de cette thèse aura lieu devant un jury de quatre examinateurs.

DROITS A PERCEVOIR.

Les droits à percevoir des candidats au grade de Docteur de l'Université de Lille (Section de Pharmacie) sont fixés ainsi qu'il suit :

	francs.	
4 inscriptions trimestrielles à 30 fr.	120	300 fr.
4 droits trimestriels de Bibliothèque à 2 fr. 50.	10	
4 droits de travaux pratiques à 25 fr.	100	
1 examen	30	
1 thèse	40	

Les inscriptions pour la scolarité en vue du nouveau diplôme seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille dès le 3 novembre 1899.

Nous apprenons avec plaisir que l'Association amicale des anciens Internes et Internes des hôpitaux de Lille a été officiellement reconnue par arrêté préfectoral en date du 26 juillet 1899.

Avis à MM. les Internes

Le comité de l'Association amicale des anciens Internes rappelle à MM. les Internes de seconde et troisième années qu'elle a institué deux concours, l'un de médecine, l'autre de chirurgie. Les prix sont de 100 francs, en espèces.

Les épreuves auront lieu dans la dernière semaine d'octobre et comporteront :

1° Un mémoire inédit qui sera coté. 40 points
2° Une épreuve clinique — 40 points
3° Une épreuve écrite — 20 points

La date et les conditions du concours seront annoncées aux candidats, au moins quinze jours à l'avance.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

École de médecine de Marseille. — M. le docteur Cousin, professeur agrégé d'anatomie à la *Faculté de médecine de Lille*, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'école de médecine de Marseille, en remplacement de M. le docteur Chapplain, mis à la retraite.

École de médecine de Rennes. — Les concours s'ouvriront le 30 janvier 1900 devant la Faculté de médecine de Paris pour les emplois de suppléants des chaires de pathologie et clinique médicales et de pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale à l'École de médecine de Rennes.

Médaille d'honneur des Epidémies

Par décret, en date du 22 juillet 1899, la médaille d'honneur des épidémies correspond aux quatre degrés ci-après : bronze, argent, vermeil et or.

Les titulaires sont autorisés à porter la médaille suspendue à un ruban tricolore. Ce ruban est simple pour les médailles de bronze et d'argent; il porte pour les médailles de vermeil et d'or une rosette, également tricolore, dont le diamètre est fixé à un centimètre.

Nul ne peut obtenir la médaille de vermeil, ou d'or s'il n'est déjà titulaire de la médaille de bronze ou d'argent ou s'il n'appartient à l'ordre de la Légion d'honneur.

Il peut être décerné des mentions honorables, qui font l'objet d'un diplôme spécial.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

31e semaine, du 29 Juillet au 5 Aout 1899

Age des personnes décédées a Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	2
3 mois à un an	33	18
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	1	»
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	7
40 à 60 ans	8	6
60 à 80 ans	9	6
80 ans et au-dessus	1	1
Total	70	44

Causes principales de décès

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	2	»	»	»	»	»	4	10	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	6	13	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	15	»	1	»	»	»	»	»	1	4	23	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10	»	»	1	»	»	»	»	»	3	14	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	1	1	»	»	»	»	3	10	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	8	»	»	»	»	»	»	»	»	4	14	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	4	»	»	»	»	»	1	6	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	9	»	»	1	»	»	»	»	»	3	14	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	1	»	»	»	»	»	»	6	9
Total	»	»	»	»	»	1	»	3	4	2	58	»	1	13	1	»	»	»	1	30	114	115

N° 136. Troisième Année, N° 34. Le Numéro : **10** centimes. 20 Août 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Convulsions chez les enfants

par le Dr **E. Ausset,** professeur agrégé,
Chargé de la Clinique infantile à l'Université de Lille.

Messieurs,

Le dix-sept mai dernier vous avez pu voir à notre consultation externe un nourrisson de sept mois que la mère nous conduisait parce qu'il aurait eu la veille des convulsions.

Il s'agit d'un bébé alimenté d'une façon défectueuse, nourri au biberon à long tube, sans aucune règle, et qui mange déjà de la soupe ; aussi, vous le pensez bien, les troubles gastro-intestinaux n'ont pas fait défaut chez lui et la mère nous a signalé des alternatives de diarrhée et de constipation. D'ailleurs le ventre est déjà très gros, l'estomac un peu dilaté.

Or, quelques jours auparavant, la mère a fait vacciner son enfant. La vaccination, faite par une sage-femme, a été peut-être opérée sans soins aseptiques préalables ou bien y a t-il eu des infections secondaires consécutives, toujours est-il que nous nous trouvions en face, le jour où nous avons vu cet enfant, de six boutons vaccinaux parfaitement développés, mais autour desquels existait une lymphangite très intense avec adénite axillaire dont l'enfant souffrait beaucoup.

La mère nous raconte que l'enfant aurait eu la veille une attaque convulsive. Je l'ai interrogée très minutieusement et il semble certain qu'il s'est produit une de ces formes de convulsions partielles si fréquentes chez les enfants. A un moment de la journée la mère a vu son enfant renverser les yeux, les globes oculaires étaient animés de mouvements saccadés qui les faisaient se mouvoir constamment en haut et en dedans. Il y eut quelques légères secousses dans les bras, puis quelques grimaces, et tout rentra dans l'ordre, ces divers phénomènes n'ayant pas duré, au dire de la mère, plus de deux minutes.

Quand cet enfant nous a été amené il n'avait plus rien, était un peu grognon parce qu'il souffrait de ses vaccins enflammés, mais la santé semblait excellente, à part le gros ventre et les troubles intestinaux chroniques dont je vous ai parlé plus haut. Un examen très minutieux pratiqué devant vous nous a bien convaincu qu'il s'agissait là d'une de ces convulsions réflexes qui se produisent si souvent chez les enfants, surtout chez les nerveux, chez les prédisposés, à l'occasion d'une cause quelconque en apparence minime, d'une irritation périphérique parfois insignifiante. L'accès convulsif, partiel dans ce cas, était évidemment lié à la douleur provoquée par la lymphangite vaccinale, chez un sujet déjà intoxiqué par

son intestin, et sur un terrain nerveux par hérédité, car la mère est une nerveuse.

Le pronostic était donc parfaitement bénin. Cette femme devait nous ramener son enfant si un autre accès se produisait ; nous ne l'avons plus revue, c'est donc, je le pense, que tout s'est bien passé. Il n'y avait qu'à supprimer la cause : faire de l'antisepsie sur les boutons de vaccin, régler l'alimentation et tout devait rentrer dans l'ordre.

A propos de ce cas, très simple, à la vérité, je désire attirer votre attention sur les convulsions chez les enfants. Vous savez qu'elles sont la terreur des mères de famille : aussi devez-vous parfaitement en connaître non seulement la symptomatologie, ce qui n'est pas long ni difficile, pour bien déceler les vraies convulsions de ce que les parents croient souvent, à tort, leur appartenir, mais aussi et surtout pour savoir en rechercher les causes et bien interpréter la filiation des accidents. C'est de là que dépendra votre thérapeutique qui souvent par son activité et son opportunité pourra sauver la vie à bien des petits malades.

Quelle est la physionomie habituelle des accidents convulsifs de l'enfance ? Lorsque vous aurez assisté à l'une de ces crises, convulsives *généralisées*, le tableau en est si frappant qu'il vous restera à jamais fixé dans l'esprit :

Tout d'un coup, subitement, l'enfant fixe le regard, son œil exprime une terreur et une angoisse profondes, puis il pousse un cri, et perd connaissance ; le visage devient très rouge, puis très rapidement violacé, cyanosé, asphyxique, la bouche est écumante, les globes oculaires, animés de mouvements saccadés, désordonnés et très rapides, se convulsent dans tous les sens, le plus habituellement en haut, de façon à ne laisser paraître que la sclérotique ; la face est grimaçante, les commissures labiales sont tirées de côté et d'autre, et vous pourrez observer parfois un rictus sardonique des plus terrifiants ; la respiration semble arrêtée, le tronc est raidi, la poitrine immobile. En même temps apparaissent des secousses des membres, des mouvements désordonnés de flexion et d'extension qui se succèdent avec une grande rapidité ; la tête est le plus habituellement rejetée en arrière ; plus rarement elle se meut latéralement ou en rotation. Quand ces mouvements violents et désordonnés prédominent d'un côté, l'enfant semble se rouler, se coucher sur ce côté et il faut le retenir pour l'empêcher de se jeter en bas de son lit. Lorsque la crise est très violente, les contractions spasmodiques du diaphragme et des muscles du larynx amènent un bruit tout spécial produit par l'air qui entre brusquement à chaque inspiration ; de même dans ces crises violentes on observe de l'émission involontaire des urines et des matières fécales.

Tous ces symptômes que je viens de vous décrire, qui sont d'un aspect si saisissant et même parfois si effrayant, se déroulent souvent en moins de temps qu'il n'en faut pour les énumérer, et généralement la crise est terminée en une minute ou deux, quelquefois plus vite.

Lorsque tout est terminé, la stupeur fait place à ce désordre bruyant et l'enfant s'endort d'un sommeil invincible.

Le tableau que je viens de vous retracer est la forme classique, complète, généralisée de la crise convulsive et lorsque vous le rencontrerez vous n'aurez pas à vous méprendre. Mais, dans beaucoup de circonstances, les mouvements se limitent à une région plus ou moins restreinte, vous avez une crise fruste, incomplète, esquissée, se dissipant très rapidement et pouvant passer inaperçue. C'est à une de ces formes incomplètes que nous avons eu affaire chez le petit malade dont je vous ai rapporté l'observation au début de cette leçon.

Vous rencontrerez dans ces convulsions partielles et dans ces formes frustes les différences et les variétés les plus considérables, et l'expression clinique présente une diversité infinie ; tout dépend, vous le concevez, de la région où se localise la crise convulsive.

Ce que vous verrez le plus souvent ce sont les convulsions limitées à la face et à un ou deux membres supérieurs, ou bien c'est un seul côté du corps qui est pris. D'autres fois la convulsion n'affecte que tel ou tel groupe musculaire, et, chose bizarre, vous pourrez observer des mouvements convulsifs localisés à un groupe de muscles qui ont une innervation très différente. Ce sont là des phénomènes qui se rencontrent surtout aux membres supérieurs, vous verrez, par exemple, le biceps se convulser isolément ; mais je dois vous dire que l'on a noté quelquefois ces faits singuliers aux membres inférieurs.

Ce qui permet, le plus habituellement, de dépister l'attaque convulsive fruste derrière ces contractions isolées, c'est qu'on rencontre ici aussi les troubles généraux que je vous signalais tout-à-l'heure dans la grande attaque, et vous verrez ces convulsions limitées

à un groupe musculaire ou à un seul membre être précédées d'un cri, d'une perte de connaissance, de troubles circulatoires et respiratoires et suivies ensuite d'une période de stupeur, de sommeil comateux.

Chez les enfants atteints d'une maladie infectieuse amenant une fièvre élevée, et même chez certains enfants particulièrement nerveux et qui ont eu à subir, par exemple, une émotion un peu forte, vous observerez, pendant le sommeil, des mouvements cloniques, rapides, saccadés, très nombreux, de la tête ; sans cesse l'enfant fléchit sa tête à droite, à gauche, la retourne dans tous les sens sur son oreiller, les muscles du cou semblent être en proie à une véritable crise convulsive partielle. Eh bien, Messieurs ne croyez pas qu'il s'agisse ici de convulsions véritables. Ce sont des mouvements dus à une simple surexcitation du système nerveux, et qui n'ont rien à faire avec les vraies convulsions. Il faut que vous sachiez bien cela, car il faudra souvent que vous calmiez les inquiétudes d'une mère qui redoute toujours pour son enfant les terribles convulsions. Ces mouvements se produisent pendant le sommeil et cessent avec lui ; ils ne s'accompagnent d'aucun trouble particulier dans les divers appareils, il n'y a là rien qui puisse vous alarmer et nécessiter la moindre intervention thérapeutique.

Les convulsions localisées à la face sont celles que vous observerez le plus souvent en tant que convulsions partielles, soit qu'elles occupent tous les muscles de cette région, soit même qu'elles se localisent à un seul côté, à un groupe de muscles, à une mâchoire, ou enfin seulement aux muscles de l'œil. Ce sont les convulsions localisées aux muscles de l'œil, que vous rencontrerez le plus habituellement. Cette extrême localisation fait que souvent elles passent inaperçues ; en effet, tout se limite parfois à quelques mouvements saccadés produisant de la rotation du globe oculaire en haut, ou du strabisme convergent ou divergent, ou d'une sorte de tremblement nystagniforme.

Ici je dois encore vous prémunir contre une cause d'erreur assez fréquente. Bien souvent vous avez entendu à notre consultation des mères nous affirmer que leurs enfants avaient eu ce qu'elles appelaient des convulsions internes. Pressées de questions, elles nous apprenaient que leurs bébés avaient renversé plusieurs fois leurs globes oculaires, et elles nous les conduisaient attribuant ces mouvements à des crises convulsives. Eh bien, Messieurs, non seulement ce n'est pas là ce qu'on est convenu d'appeler des convulsions *internes*, nous le verrons tout à l'heure, mais encore il ne s'agit même pas de véritables convulsions. Ce renversement des globes oculaires est un phénomène presque physiologique que vous rencontrerez chez un grand nombre de nourrissons pendant le sommeil, alors que la santé est parfaite. Vous distinguerez très bien ce renversement physiologique du renversement convulsif en ce que, d'abord, vous verrez l'enfant bien portant, qui dort, rester longtemps avec son globe oculaire porté en haut, l'œil s'est renversé et il reste renversé, tandis que dans la crise convulsive ce sont des mouvements multiples que vous observerez, très rapides, saccadés, renversant l'œil et le ramenant successivement dans sa position normale. En outre, dans la convulsion, la pupille est plus ou moins dilatée tandis que, à l'état normal, elle est contractée.

Tout à l'heure, Messieurs, j'ai prononcé les mots de convulsions internes. Il s'agit ici d'une forme clinique toute particulière, qui peut accompagner les convulsions générales et, dans ce cas, se reconnaît assez facilement, mais qui peut aussi exister à l'état primitif isolé ! On a voulu faire de ces convulsions internes une forme particulièrement grave ; incontestablement si elles se prolongent la mort peut survenir, mais lorsqu'elles sont seulement passagères elles ne sont pas plus à redouter que d'autres.

On entend surtout par convulsions internes des convulsions partielles qui intéressent principalement les muscles respiratoires et les muscles du larynx. On a aussi donné à ces accidents le nom d'asthme thymique. Nous verrons tout-à-l'heure combien cette appellation est défectueuse.

Au commencement de cette année j'étais appelé par mon excellent confrère, le docteur Quint, auprès d'un petit nourrisson, en apparence d'excellente santé, mais qui avait présenté à plusieurs reprises des accidents bizarres qui inquiétaient beaucoup les parents. Je dois dire que nous eûmes beaucoup de peine à nous faire décrire les accidents en question, le talent d'observation n'étant pas la qualité dominante de la famille, mais, à force de patience et de questions précises, je pus apprendre que l'enfant, quand une crise le prenait, devenait tout-à-coup très pâle, sa tête se rejetait en arrière, il renversait en haut ses globes oculaires, puis en même temps que sa face prenait une teinte très rouge et même violacée, la respiration semblait

arrêtée. Tout cela ne durait que quelques secondes, au plus une minute, puis un sifflement inspiratoire se faisait entendre et tout rentrait dans l'ordre.

Eh bien, Messieurs, vous avez, dans ce court résumé d'observation, la description à peu près classique de la convulsion interne.

Chez ce petit malade, il s'agissait d'une convulsion *tonique*, le diaphragme et les muscles du larynx restaient contractés, immobiles, puis, l'accès fini, se détendaient définitivement. D'autres fois vous aurez des convulsions *cloniques* et *toniques*, c'est-à-dire que vous observerez une succession de petits mouvements saccadés du diaphragme et une série de petites inspirations sifflantes ou de petites quintes de toux particulières.

Puisque ces convulsions internes sont constituées par une convulsion des muscles respiratoires et du larynx, vous comprenez aisément qu'elles ne peuvent se prolonger sans amener la mort, du moins pour les convulsions toniques.

Duclos, de Tours, et d'autres auteurs ont voulu voir dans ces accidents la résultante d'une hypertrophie congénitale du thymus, et en ont fait, comme je vous le disais tout à l'heure, de l'asthme thymique. Il me paraît superflu de renouveler ici tous les arguments qui ruinent aujourd'hui cette théorie ; relisez Blache, Rilliet et Barthez, Trousseau, Hérard, etc., etc. et vous y verrez que le thymus n'a rien à faire avec les accidents qui nous occupent en ce moment.

Chez le petit malade dont je viens de vous parler il n'y avait pas la moindre hypertrophie du thymus et cependant nous avions bien un accès typique d'asthme dit thymique.

En revanche il s'agissait d'un enfant suralimenté, présentant des troubles digestifs fréquents, presque permanents, ayant un gros ventre, et en outre issu d'une mère très nerveuse. Voilà la vérité, messieurs ; ces enfants qui font du spasme phréno-glottique, du soi-disant asthme thymique, ces enfants qui, en réalité, ont des convulsions partielles limitées aux muscles respiratoires, sont issus de nerveux, et sont des intoxiqués par leur tube digestif. Vous verrez tout-à-l'heure qu'ici nous retrouvons les mêmes notions pathogéniques que nous avions à invoquer pour les grandes convulsions généralisées.

Je n'ai pas besoin de vous dire que vous aurez à ne pas confondre cette forme de crise convulsive partielle avec la laryngite striduleuse. Là aussi il y a un élément spasmodique dont il faut tenir compte. Mais la laryngite striduleuse s'accompagne d'une inflammation des premières voies respiratoires, d'une toux rauque très caractéristique ; l'asthme dit thymique est au contraire à peu près *silencieux*. Enfin vous n'observerez guère ce dernier que chez les petits nourrissons, tandis que la laryngite striduleuse se rencontre surtout à partir de deux ans.

Je vous ai dit que le plus souvent la crise convulsive survenait brusquement, saisissant l'enfant en pleine santé et sans qu'il soit possible de la prévoir. Toutefois il est des cas, très rares à la vérité, où il peut exister quelques phénomènes faisant présager leur apparition. Vous observerez alors, chez les nourrissons, une agitation générale tout à fait insolite, de l'insommie et des cris presque continuels ; chez les enfants plus âgés, le caractère se modifie, le regard devient hébété, il y a de l'assoupissement constant dans la journée, et le sommeil est très agité. Mais, je vous le répète, dans le plus grand nombre des cas ces prodromes font défaut, et l'enfant tombe subitement en convulsions, sans aucun avertissement préalable.

Continuant l'étude clinique des convulsions de l'enfance je devrais maintenant examiner avec vous quelles sont les diverses terminaisons de ces diverses crises convulsives, quelle marche elles adoptent le plus habituellement, et quel est le pronostic réservé aux enfants qui en sont atteints.

Mais, Messieurs, après vous avoir donné aussi exactement que possible le tableau d'une crise convulsive générale ou partielle, après vous en avoir esquissé les modalités cliniques, je préfère aborder de suite l'étude étiologique et pathogénique de ces accidents, car vous verrez ensuite que, de vous même, vous comprendrez quelles sont les diverses terminaisons que vous pourrez observer suivant les circonstances.

C'est le plus généralement dans les deux premières années de la vie que vous rencontrerez les convulsions ; plus tard elles deviennent bien moins fréquentes ; cela tient évidemment à ce que, à cette période de vie, les nerfs périphériques sont bien plus excitables qu'à un tout autre moment, et qu'en outre les phénomènes réflexes ont une très grande activité et une forte prédominance à cause du développement encore incomplet du cerveau chargé de modérer l'action spinale.

Vous savez, Messieurs, que toutes les impressions recueillies à la périphérie ou dans le cerveau sont centralisées dans le *centre excito-moteur*, dans le *centre convulsif* que NOTHNAGEL place sur le bord inférieur de la protubérance. C'est là que ces impressions réunies seraient transformées en mouvements rayonnant dans les divers muscles. A l'état pathologique, l'excitation du centre est exagérée ou son excitabilité prend des proportions anormales, au lieu d'un mouvement coordonné, il se produit une convulsion c'est-à-dire un mouvement désordonné.

Quoi qu'il en soit cette excitation anormale ou cette excitabilité excessive du *centre convulsif* peut tenir à des causes bien diverses ; pour vous les citer toutes j'abuserais de votre attention ; je préfère les grouper et vous dire qu'il existe trois causes d'excitation anormales du centre convulsif : des causes d'ordre réflexe, des causes d'origine toxi-infectieuse, et des causes qui résident dans des altérations anatomiques des centres nerveux eux-mêmes.

Voyons d'abord les *convulsions par action réflexe*. L'action réflexe peut avoir son origine dans le cerveau lui-même. A notre époque de surmenage intellectuel et physique, alors que nous voyons certains parents vouloir faire de leurs enfants de petits prodiges, surchauffer pour ainsi dire leur intelligence à peine éclose et lui faire produire des fruits avant que la maturité ait pu naturellement s'en effectuer, chez ces enfants dont l'irritation cérébrale est permanente, souvent même tarés par leur hérédité, vous pourrez voir une cause minime amener des convulsions, et sous l'influence d'une vive contrariété, d'une colère et même d'une partie de plaisir exagérée, vous observerez parfois des accidents convulsifs.

L'éducation morale de nos enfants est actuellement faussée au plus haut point ; des fillettes on fait de petites femmes portant chapeaux à plumes et falbalas, se faisant appeler « mademoiselle » dès l'âge de cinq à six ans ; des garçons on fait des sportifs à outrance, des vélocipédistes qui étaient hier encore en robe ; et tout cela au grand détriment du cerveau qui est surexcité par tout ce surmenage absolument disproportionné avec l'âge des cellules cérébrales. Vienne alors une cause excitante nouvelle, en apparence minime, et la convulsion apparaît.

Les histoires de revenants et autres balivernes que l'on raconte aux enfants contribuent aussi pour une bonne part à amener des crises convulsives ; ici c'est la peur qui en est cause. Aussi je vous conseille quand vous aurez à imprimer une direction quelconque à l'éducation d'un enfant de vous élever avec grande énergie contre cette manière de corriger les enfants en leur faisant peur.

Le plus habituellement les convulsions réflexes ont leur origine dans une impression produite sur les nerfs périphériques, soit au niveau de la peau, soit au niveau des muqueuses.

On a vu des vésicatoires, des sinapismes, des épingles enfoncés dans les chairs (TROUSSEAU), des langes trop serrés amener des accidents convulsifs.

L'enfant dont je vous ai rapporté l'observation au début de cette leçon est encore un exemple de ces convulsions réflexes. L'inflammation, la douleur produites au niveau de ces boutons vaccinaux avaient amené la crise convulsive. Toutefois, ici, le mécanisme est peut-être un peu plus complexe, et on serait, je le crois, en droit de se demander si à l'action réflexe produite par la douleur n'est pas venue se surajouter l'action toxique-infectieuse de la lymphangite secondaire au niveau des boutons vaccinaux.

Les convulsions que l'on observe dans certains cas de dentition difficile sont également d'ordre réflexe ; la douleur et la tension de la gencive, sont telles que chez des enfants prédisposés la crise peut éclater. C'est là un fait indéniable, et si les auteurs anciens ont voulu faire jouer un rôle par trop prépondérant à la poussée dentaire dans la pathogénie des convulsions, il n'en est pas moins certain qu'il existe des cas parfaitement observés et indiscutables où l'accès convulsif a été occasionné par une dentition laborieuse. Je vous rappellerai l'observation que j'ai noté dans mon premier volume de cliniques (*Accidents de la dentition*) ; ici il ne s'agissait pas de convulsions, c'est vrai, mais de quelque chose d'apparemment bien plus grave, d'un tableau à peu près classique de méningite. Si donc une dentition pénible peut amener de tels accidents *réflexes*, je ne vois pas bien pourquoi on refuserait la même origine à certains accidents convulsifs.

Les troubles gastro-intestinaux doivent être placés au premier rang des causes déterminantes des convulsions. Dans la plus grande majorité des cas, il ne vous sera pas possible de donner à l'accès convulsif une autre origine.

L'indigestion en est une cause fréquente, soit qu'elle soit produite par une suralimentation lactée, soit qu'elle tienne à ce que l'enfant prend des aliments

disproportionnés avec son âge. Mais je n'insiste pas sur ce point, pour le moment, car j'estime que les convulsions par troubles gastro-intestinaux relèvent plutôt des convulsions par toxi-infection, bien qu'il y ait lieu de tenir compte de l'action réflexe partie de la région enflammée.

Les corps étrangers des voies digestives ont été également signalés comme cause de convulsions. Rilliet et Barthez citent le cas d'un nourrisson « atteint de convulsions depuis plusieurs semaines et chez lequel on découvrit qu'un cheveu, long de 80 centimètres, était fixé entre les deux incisives et allait de là pendre dans le pharynx. Dès que le cheveu fut enlevé, les convulsions cessèrent comme par enchantement. »

On a beaucoup exagéré le rôle des vers intestinaux dans l'apparition des convulsions, et vous rencontrerez encore des familles qui font prendre périodiquement des vermifuges à leurs enfants pour parer à ces convulsions. Il faut réagir contre cette coutume et bien vous rappeler que les nourrissons alimentés exclusivement avec du lait n'ont à peu près jamais de vers. Or, comme les convulsions sont surtout fréquentes dans les deux premières années de la vie, vous voyez combien le rôle des vers devient restreint. Je dis que ce rôle est restreint, mais je ne dis pas qu'il est nul. En effet, maintenant surtout où l'on a pris l'habitude, louable à la vérité, de faire manger de la viande crue à certains enfants débiles, les vers peuvent abonder dans le tube intestinal (tœnia) où ils peuvent aussi être apportés par l'eau et d'autres aliments (lombrics). Chez des enfants nerveux, prédisposés, l'irritation de la muqueuse intestinale causée par ces parasites peut parfaitement amener des accidents convulsifs, au même titre que tout autre corps étranger.

Enfin je vous citerai, comme causes de convulsions se produisant par voie réflexe, les corps étrangers de l'oreille et du nez, la présence du testicule retenu à l'anneau inguinal, ou l'application défectueuse d'un bandage sur une hernie.

Toutes les infections et toutes les intoxications sont capables de produire des accès convulsifs. Mais ce sont surtout les infections gastro-intestinales aiguës ou chroniques qui sont le grand facteur de ces accidents. Autrefois on se rendait bien compte de l'importance pathogénique des diverses maladies digestives, mais on n'expliquait les phénomènes de convulsion que par un acte réflexe. Aujourd'hui que la notion d'infection de ces troubles digestifs est parfaitement établie on conçoit plus aisément que les microbes qui pullulent dans l'intestin de ces malades ou les toxines qui s'y élaborent puissent aller exciter outre mesure le centre convulsif et produisent alors les convulsions. Aussi ne serez-vous pas étonnés de rencontrer bien plus souvent ces convulsions chez les rachitiques, puisque ces enfants ne sont autre chose que des malades par vice d'alimentation. De même vous observerez bien plus souvent les convulsions chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel, parce que là encore les troubles gastro-intestinaux sont bien plus fréquents. Enfin, l'intoxication digestive pourra venir du dehors, chez les enfants nourris au sein ; c'est alors la nourrice qui s'intoxique et transmet par son lait son intoxication à son nourrisson ; vous verrez par exemple l'alcoolisme d'une nourrice amener des convulsions chez son nourrisson.

La constipation à elle seule peut produire des convulsions ; il s'agit ici d'une véritable auto-intoxication ; la stercorémie produit la convulsion.

Vous savez, Messieurs, que chez un adulte quand la température est très élevée il existe du délire ; chez l'enfant ce délire n'existe pas, ou du moins chez le tout jeune enfant, il est alors remplacé par des convulsions, et c'est ainsi que vous pourrez voir apparaître une crise convulsive produite seulement par l'hyperthermie. Je possède un exemple de ces faits qui me touche tout particulièrement.

Il s'agit de ma propre petite fille qui, au commencement de 1894, présenta une convulsion généralisée dont je vais vous retracer les diverses particularités, car elles pourront vous être très instructives, si vous rencontrez des cas analogues. Ma fillette avait donc à ce moment un peu plus de 2 ans ; elle était en parfaite santé, et n'avait aucun trouble gastro-intestinal. Je dois vous dire cependant qu'elle était et, est encore très nerveuse et assez impressionnable. J'habitais à cette époque là Limoges. Dans la soirée l'enfant, bien portante auparavant, fut prise de fièvre avec vomissements ; puis la nuit le thermomètre monta très haut, la somnolence était complète, et le lendemain matin à 7 heures, il y avait 40°3 ; à 9 heures du matin je replaçais le thermomètre ; d'emblée, instantanément il atteignit 40°, puis il continua à monter un peu plus lentement et arriva à 41°2. A ce moment, pendant que je regardais la colonne monter, mon

enfant pousse un petit cri, puis rejette la tête en arrière, se raidit dans tous ses membres, les yeux se convulsent en haut, la face se cyanose, la respiration s'arrête et j'ai cru que ma fillette était morte. J'ai eu sous les yeux, tout le tableau classique, effrayant, horrible à voir, d'une convulsion généralisée, complète, très intense et qui se prolongea près de deux minutes. Après un court sommeil l'enfant revint à elle, puis dans la journée le thermomètre baissa à 39° et le lendemain matin la guérison était complète, il n'y avait plus rien du tout.

Plusieurs confrères ont vu, avec moi, mon enfant et, entre autres, mon distingué collègue de l'école de Limoges M. le Professeur Justin Lemaître. Aucun d'entre nous ne sut très nettement expliquer la véritable cause de cette convulsion unique et qui ne précédait pas une malade infectieuse puisque, je vous le répète, mon enfant était parfaitement guérie le lendemain Quand, aujourd'hui, plus de 5 ans après, je songe encore à cet accident, je ne puis pas l'expliquer autrement que de la façon dont je l'expliquai à cette époque : convulsion par simple hyperthermie. – Notez en effet que l'enfant n'avait aucun trouble gastro-intestinal, elle n'avait pas d'indigestions, elle eut au début deux ou trois vomissements, mais cela sans aucun caractère particulier, c'étaient des vomissements comme il s'en produit presque toujours chez les enfants qui débutent dans une fièvre. Il n'y eut pas ensuite une maladie infectieuse quelconque.

En cherchant bien j'ai trouvé la cause suivante : la veille de ces accidents on avait vidé, dans mon jardin, une sorte de puits perdu. Ma fillette, était restée à notre insu, assez longtemps penchée auprès de ce trou, pendant qu'on le vidait.

Je crois qu'elle fut alors intoxiquée par les émanations putrides qui s'en dégageaient, d'où l'apparition des accidents fébriles et convulsifs. C'est la seule explication que j'aie pu trouver, et je n'en vois pas d'autre à vous donner. Quoi qu'il en soit de la cause première des faits, il n'en reste pas moins que c'est incontestablement l'hyperthermie qui a amené dans ce cas la crise convulsive.

Au début de la plupart des maladies aiguës de l'enfance, surtout dans les fièvres éruptives, dans la pneumonie et dans l'érysipèle, vous observerez assez souvent une ou plusieurs crises convulsives. Il s'agit dans ces cas d'une action toxi-infectieuse sur les centres nerveux des poisons microbiens et des microbes eux-mêmes de la maladie qui vient d'envahir l'organisme.

L'infection palustre, chez les petits enfants, provoque assez souvent l'accès convulsif, et, parfois même, toute l'attaque se résume en une crise convulsive.

L'urémie, l'insuffisance hépatique peuvent aussi produire des crises de convulsions.

Enfin je vous signalerai les convulsions produites par des poisons vulgaires, l'alcool, l'opium, la belladone, l'oxyde de carbone, etc.

Je ne vous dirai rien des convulsions symptomatiques d'une lésion des centres nerveux : elles sont occasionnées par des congestions, des méningites, des encéphalites, des tumeurs, etc. En effet quand on parle des convulsions de l'enfance, de l'éclampsie essentielle, on entend surtout les attaques convulsives sans lésions, du moins sans lésions primitives, causales. Il ne faudrait pas en effet prendre ici l'effet pour la cause, et si, à l'autopsie d'un enfant ayant succombé à une crise de convulsion essentielle, vous trouvez de la congestion du cerveau, des méninges, voire même de petites hémorrhagies capillaires, il faut bien vous dire que ce ne sont là que des lésions secondaires causées par l'attaque.

Quant aux convulsions liées à une lésion des centres nerveux, elles doivent former une étude à part, car elles varient d'après la région lésée et la nature de la lésion.

Mais, Messieurs, quand je vous ai énuméré toutes les causes capables d'amener des crises convulsives je ne vous ai pas tout dit, je dois aussi vous entretenir des causes prédisposantes, de celles qui préparent pour ainsi dire l'apparition du mal, et sans lesquelles, bien souvent, l'accident ne se produirait pas. La prédisposition individuelle, la susceptibilité particulière à tel ou tel sujet jouent en effet un très grand rôle ; j'excepterai cependant de ces faits de prédisposition, les convulsions que l'on observe au début des maladies infectieuses, surtout quand la température est très élevée. Je vous l'ai dit, chez l'adulte, dans ces cas il se fait du délire, chez l'enfant vous avez des convulsions. Dans ces cas c'est une intoxication occasionnelle des centres nerveux qui amène la réaction particulière du centre convulsif et si, incontestablement, les enfants nerveux y sont plus prédisposés que les autres, vous verrez des malades à hérédité parfaitement saine présenter des crises convulsives.

Dans les convulsions d'origine réflexe, au contraire, l'hérédité domine toute l'étiologie. Vous verrez alors des enfants faire des convulsions pour une cause excitante insignifiante, alors que d'autres, dans des circonstances plus graves de même nature, ne présenteront aucun accident. Pourquoi ? parce les premiers sont prédisposés par une tare héréditaire. Ils sont issus de parents nerveux, d'épileptiques, d'hystériques, de rhumatisants, d'alcooliques. Enfin vous noterez aussi assez souvent chez ces petits malades des naissances avant terme, des hémorrhagies abondantes, de la syphilis héréditaire.

Et maintenant, Messieurs, que vous savez dans quelles circonstances peuvent se produire les convulsions, vous comprendrez immédiatement, sans que j'aie besoin d'y insister longuement, quelles peuvent être les suites, la terminaison, la marche de ces accidents et quel est l'avenir réservé à tous ces petits malades.

La durée d'une attaque d'éclampsie est assez variable ; mais, en général, vous pouvez admettre qu'elle ne dure guère plus de deux à trois minutes : toutefois certains auteurs en ont vu se prolonger douze heures. Je me demande si, dans ces cas extraordinaires, il n'a pas existé de légères rémissions qui ont pu échapper à l'observation.

En tous cas, la durée d'une crise convulsive dépend le plus habituellement de la cause qui l'engendre.

Quand les convulsions sont liées à une lésion cérébrale, elles sont longues et se répètent très-fréquemment ; aussi quand vous verrez une crise convulsive, que vous aviez cru jusqu'alors essentielle, se reproduire très souvent, vous aurez le droit de soupçonner une altération des centres nerveux préexistante ou consécutive. Mais, bien entendu, n'allez pas affirmer, d'une façon sûre, que des convulsions qui se prolongent doivent être fatalement rapportées à une lésion cérébrale préexistante. Outre qu'on voit des crises vulgaires d'ordre réflexe ou toxi-infectieux se répéter et se prolonger outre mesure, on peut voir apparaître à la suite de ces convulsions des phénomènes surajoutés, difficiles à rapporter à leur véritable cause ; vous voyez se produire de l'hydrocéphalie, de petites hémorrhagies capillaires qui laissent des paralysies plus ou moins durables, transitoires, longues à disparaître ou même définitives, suivant qu'il ne s'agissait que de congestion cérébrale, de petites hémorrhagies peu importantes ou d'œdème passager, ou d'hémorrhagies plus graves qui entraînent une destruction importante de substance nerveuse.

Certains auteurs ont pensé que les convulsions étaient le présage de l'épilepsie pour l'avenir. C'est là une opinion tout-à-fait erronée, si on l'exprime d'une façon générale. Pourquoi, en effet, voulez-vous qu'un enfant qui fait une crise convulsive au début d'un accès palustre, d'une scarlatine ou même par simple hyperthermie, soit ou devienne plus tard un épileptique?

Il y a entre les deux états morbides une différence de nature considérable,et si l'accident convulsif se ressemble souvent dans les deux cas, la cause est toujours bien différente. Un nombre énorme d'enfants ayant eu des convulsions dans leur enfance ne deviennent jamais épileptiques, et parce que vous retrouverez dans les antécédents de certains épileptiques des convulsions de l'enfance je ne vois pas bien pourquoi vous établiriez entre les deux faits une relation de cause à effet. Il n'y a pas plus de raisons pour rattacher l'épilepsie à l'éclampsie infantile qu'il n'y en a à penser que cette même épilepsie est causée par toute autre maladie qu'aurait eue le patient dans son jeune âge.

Vous le comprenez bien, le pronostic est également lié à la cause productrice de la crise convulsive.

Les convulsions réflexes présentent ordinairement peu de gravité, et disparaissent le plus souvent, sans laisser de traces, avec la cause qui les produit.

Les convulsions qui se produisent *au début* des maladies infectieuses sont aussi habituellement peu graves, se limitent à un seul accès, et disparaissent sans laisser de suites ; c'est le délire de l'adulte, et pas autre chose.

Mais si, au contraire, les accès convulsifs se produisent au cours ou à la fin d'une scarlatine, par exemple, le symptôme est de la plus haute gravité et très-souvent l'issue est fatale, car il traduit généralement une complication cérébrale.

Les convulsions urémiques guérissent assez souvent. Quant aux convulsions d'origine gastro-intestinale, cela dépend de la nature de l'infection. Est-ce une simple indigestion, une entérite banale, tout va disparaître rapidement? Si, au contraire, il s'agit d'une entérite infectieuse grave, du choléra infantile, par exemple, la convulsion est le prélude de la fin du malade.

Des caractères de l'attaque même vous pourrez

aussi tirer quelques éléments pour votre pronostic. Si la crise est très intense, généralisée, très prolongée, avec une cyanose très accentuée, si elle se reproduit très-vite, il y a lieu de redouter la mort par asphyxie ou les complications œdémateuses ou hémorrhagiques du côté du cerveau. Les accès isolés sont évidemment moins redoutables, le danger est très court, et dans ces cas, la crise n'a été qu'un incident banal; comme un délire passager dans une maladie infectieuse de l'adulte ne change pas le pronostic, alors qu'un délire persistant, prolongé, intense, doit toujours faire craindre une issue fatale.

Enfin les convulsions internes, le spasme phréno-glottique, présentent une gravité toute particulière et l'enfant peut très-rapidement mourir asphyxié.

Du diagnostic rapide dépend, vous le concevez bien, le succès du traitement. Il faut donc d'abord vous assurer que vous avez affaire à de l'éclampsie infantile, puis en rechercher la cause.

An point de vue clinique, il n'y a aucune différence essentielle entre une crise éclamptique et une crise épileptique; c'est donc souvent le temps et l'évolution des accidents qui pourront fixer sur la nature du mal. L'âge de l'enfant, son hérédité, sa santé dans l'intervalle des crises seront d'un précieux secours; plus l'enfant sera âgé, plus y aura de chance pour que ces accès convulsifs soient liés à l'épilepsie, surtout si chaque fois ils sont suivis d'un retour parfait à la santé. En revanche, plus l'enfant sera jeune, plus l'on devra penser à l'éclampsie, de même si on retrouve une cause irritative quelconque dont la disparition entraîne la disparition des accidents convulsifs. L'état de santé antérieur est un point important à élucider. Si la convulsion apparaît au début d'une maladie fébrile quelconque ou d'une infection gastro-intestinale, il y a tout lieu de penser à l'éclampsie; la crise épileptique, au contraire, apparaît le plus souvent au milieu d'une parfaite santé.

Appelé auprès d'un enfant qui a ou vient d'avoir une crise convulsive, la première chose à faire est de vous informer de son âge, car je vous l'ai dit, plus l'enfant vieillit, plus l'éclampsie est rare. Vous étudierez avec soin l'hérédité et les antécédents personnels de l'enfant; vous prendrez avec soin sa température, vous analyserez ses urines. Puis passez en revue toute la surface cutanée dans ses moindres replis pour y rechercher une cause d'irritation souvent minime; examinez la dentition, demandez si l'enfant salive beaucoup, s'il a souvent les mains portées à sa bouche, voyez s'il a les gencives rouges et tuméfiées et si les dents sont prêtes à sortir. Examinez les langes, demandez à voir les selles, et vous trouverez peut-être l'explication des accidents dans une gastro-entérite ou dans la présence de vers intestinaux.

Cherchez enfin tous les signes d'une fièvre éruptive, auscultez attentivement votre malade pour déceler un petit foyer pneumonique quelquefois central; songez à la possibilité d'une intoxication accidentelle ou médicamenteuse et interrogez soigneusement l'entourage dans ce sens; ayez enfin toujours présents à l'esprit les faits d'intoxication alcoolique par alcoolisme de la nourrice et déployez toute votre sagacité pour arriver ici à la découverte de la vérité, ce qui ne sera pas toujours facile.

Enfin recherchez tous les signes de la méningite et des autres affections aiguës ou chroniques du cerveau, et ainsi peu à peu vous arriverez à trouver la cause qui a déterminé l'apparition de la convulsion.

Une fois cette cause connue, votre traitement s'appliquera de lui-même.

Quand vous arriverez auprès d'un enfant, ou bien vous arrivez pendant une crise, ce qui est rare, ou bien après l'attaque; mais dans les deux cas, vous devez, pour éviter le retour de nouvelles crises, faire immédiatement mettre l'enfant complètement nu afin de voir si la cause de l'éclampsie ne provient pas d'une cause externe; puis vous faites coucher l'enfant la tête haute, au besoin même vous le faites asseoir dans un grand fauteuil, près d'une fenêtre largement ouverte, afin de lui prodiguer largement un air aussi pur que possible. Puis donnez immédiatement un lavement savonneux, ou bien un lavement au lait avec un jaune d'œuf et une pincée d'assa fœtida, mais ne donnez jamais un lavement irritant, comme un lavement salé; il faut ici éviter toute cause d'irritation périphérique. Pour la même raison vous vous abstiendrez absolument de placer des sinapismes aux jambes qui, par la douleur qu'ils provoquent, peuvent faire réapparaître les convulsions.

Evidemment il faut rechercher la cause première de l'éclampsie. Si c'est une indigestion ou une gastro-entérite qui est en cause, faites vomir l'enfant; mais comme l'ipéca pourrait agir ici trop lentement, donnez l'émétique à la dose de deux à quatre centigrammes;

titillez la luette, écartez les mâchoires et enfoncez vos doigts dans le pharynx. Puis donnez un lavement purgatif. Plus tard vous administrerez un purgatif par la bouche, je vous recommande le calomel, à la dose de dix à vingt centigrammes, suivant l'âge.

S'il s'agit d'une convulsion par hyperthermie, le bain frais à 25 à 28°, vous donnera d'excellents résultats. Toutefois, comme dans ces cas il faut éviter toute cause d'excitation brusque du système nerveux, je ne vous conseille pas de plonger, dès l'abord, vos petits malades dans de l'eau à 25°, je préfère les mettre dans un bain à 35 et 36°, que je refroidis rapidement, mais progressivement jusqu'à 25°.

Ai-je besoin d'insister plus longuement ? Vous le comprenez bien, puisque vous connaissez les causes diverses des convulsions, vous ferez un traitement rationnel, suivant la cause, en vous inspirant des principes généraux de la thérapeutique.

Il sera bon toutefois d'adjoindre des calmants du système nerveux et de recommander aux parents de faire inhaler pendant la crise quelques gouttes de chloroforme versées sur le coin d'un mouchoir.

Vous adjoindrez, si les convulsions persistent, des lavements avec l'hydrate de chloral ou du sirop avec le même médicament, à la dose de 0.15 à 0.20, renouvelées toutes les demi-heures, jusqu'à production du calme.

Une fois les crises disparues, il faudra en prévenir le retour par une hygiène sévère, traiter l'anémie, le rachitisme, corriger la mauvaise alimentation, tonifier votre petit malade, et soustraire son système nerveux autant que possible à toutes les causes vives d'impressionnabilité.

VARIÉTÉS

LES CHARLATANS

Bien peu de médecins connaissent à fond les différents trucs qu'emploient les charlatans pour piper l'argent des gogos, et pourtant cette connaissance leur serait bien nécessaire.

Nous sommes tous, en effet, journellement dupés par eux, trompés par notre clientèle qui préfère à un honnête docteur un puffiste qui use d'ingénieux procédés de réclame, débite des mots sonores, promet la guérison et arrache des centaines de francs au client qui rechigne à vous payer trois francs de visite.

Cette étude devrait être faite ; non-seulement les philosophes y pourraient trouver des renseignements sur la bêtise humaine, mais elle serait fort utile à notre profession ; nous pourrions mettre nos clients en garde en divulguant les divers procédés de coquinerie dans toutes les feuilles à notre disposition.

Quelle belle croisade que d'instruire la naïve humanité, de lui apprendre à se préserver des aigrefins. Quelle utile croisade en même temps pour le médecin honnête et consciencieux qui voit ses clients s'adresser aux exploiteurs.

BROUARDEL, dans son dernier livre sur l'exercice de la médecine, a mentionné quelques-unes des innombrables formes du charlatanisme Il existe, nous apprend-il, quelques rares médecins qui, fatigués d'attendre la clientèle, se font charlatans et exploitent le public par les mêmes procédés. Pour un peu, ils cacheraient leur titre de docteur comme leur portant préjudice : ils sont indignes de le porter.

Quel superbe défilé que celui qui nous montrerait :

Le médecin de vespasienne promettant la guérison absolue de toutes les maladies vénériennes (et à ce propos, je ne sais pourquoi le Conseil municipal ne réserve pas ces élégants édicules à l'affichage des jours, heures et divers renseignements sur les consultations de ses hôpitaux spéciaux ; il pourrait également donner ainsi quelques utiles avis sur la prophylaxie des maladies vénériennes ; mais il préfère sans doute laisser exploiter le citoyen électeur).

Les Instituts si florissants qui encombrent notre capitale et dont les journaux politiques nous annoncent, au milieu des plus graves nouvelles, les merveilleuses découvertes. Ces vertueux journalistes nous affirment que leur dévouement à l'humanité les oblige à signaler à leurs lecteurs tel institut bienfaisant ; celui ci guérit radicalement les tuberculeux par un procédé entièrement nouveau ; avec celui-là, plus de sourds-muets, l'un rend la vue aux aveugles, l'autre fait marcher les boiteux. Tous font le traitement par correspondance, dont la formule constante est de réclamer la forte somme avant de commencer le traitement.

Les feuilles réclames délivrées par la poste, sur la voie publique et ailleurs. Elles font des cours de médecine, pronostiquent les plus graves maux, fournissent de mirobolantes attestations, donnent enfin le nom et l'adresse d'un bienfaiteur de l'humanité.

Les médecins sourient avec dédain ; ils ont tort, car cette concurrence leur enlève le pain, à eux et aux pharmaciens. Le client plumé devient méfiant et sceptique, il confond dans le même mépris charlatan et médecin, bien que seul, le premier lui ait pris son argent.

Une des plus curieuses formes adoptées par le charlatanisme est le journal gratuit mensuel ou hebdomadaire qui, sous couleur de science, s'introduit dans les familles, jette le cri d'alarme propose des médications coûteuses, exploite les dupes.

Quelques-uns de ces journaux n'ont jamais qu'un numéro, toujours le même, adressé aux gens qu'on croit susceptibles d'être pipés. Ce premier et dernier numéro porte en exergue : « treizième année, numéro 49. » Tel le livre qui, le jour de son apparition, en est à sa dixième édition ; impossible de trouver les neuf précédentes, elles n'ont jamais vu le jour.

Mais d'autres ont de puissants moyens d'action, paraissent régulièrement, sont même illustrés.

J'en tiens un des plus amusants entre mes mains : « *La Thérapeutique Fin de Siècle* ». Feuilletons-le ensemble, si vous voulez me suivre, je vous promets un joyeux moment.

« Consultations à domicile. Il suffit au malade d'adresser aux bureaux du journal un télégramme demandant la visite d'un médecin, pour qu'un des nôtres prenne immédiatement le premier rapide ou express lui permettant de se rendre dans le moins de temps possible auprès du malade. Le prix de ces visites se calcule d'après le temps passé hors de Paris et le voyage en première classe.

» Désormais, grâce à la nouvelle décision prise par l'administration, nous sommes en mesure de nous rendre en moins de 24 heures au point le plus extrême de la France. Une dépêche et nous partons, au reçu du télégramme, par le premier train. Pour les clients nouveaux, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas connus, un mandat télégraphique du montant du voyage en première classe aller et retour plus 150 francs, devra accompagner le télégramme. »

La question argent termine toujours les articles du canard thérapeutique. Qui n'a lu cette petite correspondance :

C. K. — Vous avez reçu le n° du 6 juin concernant la question. L'appareil nécessaire est le biovital n° 2, dont le prix est de 200 francs. Les résultats sont excellents et les applications sans danger, comme toutes celles du biovital.

C. X., à Carpentras. — Votre affection est le chancre des fumeurs. Il faut vous hâter de vous soigner. Deux appareils sont nécessaires : le brûleur du prix de 100 francs et le biovital de 150 francs.

Demandez-les à notre administrateur, en remémorant cette réponse. Je vous adresserai avec les appareils toutes les indications nécessaires.

Isis. — L'épilation se fait au biovital épilatoire, que nous tenons à votre disposition. Son prix est de 350 francs. Il n'existe pas de traitement supérieur, car il est définitif.

Voilà un gaillard qui ne donne pas ses appareils. Il doit prendre en pitié la visite à trois francs. Sous le titre : « le prix du biogène on lit :

« La Société biogénique, dans le but de favoriser la diffusion du biogène, dû aux travaux et aux recherches de son éminent directeur, a décidé que l'appareil sera délivré au prix de 8 francs dans toute la France. Il suffira donc d'adresser la demande du merveilleux petit appareil à l'administrateur, avec un bon ou mandat-poste de 8 francs, pour recevoir le biogène par la poste. »

Cet excellent directeur a même une clinique gratuite pour laquelle il demande le concours de ses lecteurs et amis. Il renouvelle la demande de secours qu'il a tant de fois adressée pour les malades pauvres. « L'hiver s'approche avec son cortège de besoins de toute espèce. Vieux appareils ayant rendu les services qu'on en attendait, et quelque menue monnaie ne sont rien pour chacun ; ces secours-là aident à sauver pas mal d'existences, et pas des moins utiles ! Nous sommes reconnaissants de la moindre somme. »

Les âmes généreuses peuvent être tranquilles sur l'emploi de leurs dons, car « les noms de ces généreux amis figurent avec les sommes versées dans le numéro de *La Therapeutique Fin de Siècle* qui suit la réception. »

Pour finir, une perle, sur le cinquième anniversaire de la *Thérapeutique Fin de Siècle*.

« Il y eu cinq ans, le 20 novembre, que la *Thérapeutique Fin de Siècle* a été fondée à Paris.

Dans un dîner amical, les collaborateurs du savant maître Zedd ont tenu à féliciter le chef grâce à la science et au dévouement duquel la laborieuse association a triomphé de tous les pièges tendus à son union.

Malgré certaines défections, la thérapeutique fin de siècle n'a jamais cessé d'offrir le spectacle de la plus cordiale union, et de produire chaque année des preuves indiscutables des sérieux efforts faits dans la voie du progrès du biovitalisme.

On a porté plusieurs toasts dont nous faisons grâce à nos lecteurs.

L'éminent directeur a répondu par un discours brillant : « La Société biovitaliste n'a reculé devant aucun sacrifice pour relever le niveau de notre chère thérapeutique fin de siècle. Malgré l'exiguïté des locaux, nous avons pu décupler nos productions. Vous avez doté l'œuvre commune d'appareils dont les services se comptent par milliers chaque jour, votre biogénisme sera non seulement la fortune de la thérapeutique fin de siècle, mais il fera sa gloire dans un avenir prochain. »

La soirée s'est terminée par une petite fête de famille. Il a été dit des vers, et sous l'habile direction du jeune maestro Arthur Pincesac, qui a accompagné plusieurs de ses œuvres au piano, on a entendu les plus récentes compositions du déjà célèbre compositeur.

« *Ivresse d'oiseaux*, délicieusement chantée par Mme de K...., *Un Terme de Fauvettes*; *Les Noces de Jeannette*, que notre aimable collaborateur Jeanfoutre a chantées avec Mlle C. O. ont procuré un délicieux intermède aux cotillonneurs qui se sont séparés longtemps après l'aube, en demandant quand serait le prochain anniversaire de la thérapeutique fin de siècle.

— Mais dans six mois, mes chers petits amis. »

Délicieuse, n'est-ce pas, cette petite soirée, et d'une description si poétique !

Les charlatans peuvent danser, la bêtise humaine paie les violons.

Dr Félix Regnault.

(*Le Correspondant Médical.*)

Les Fourmis et la Chirurgie

M. R. M. Middleton raconte une application curieuse des fourmis à la chirurgie, telle qu'on la pratique en Asie-Mineure. Un touriste grec, à Smyrne, dans une chute de cheval, se fit au front une entaille longue et droite ; il alla se faire panser, selon l'usage, par un barbier de la région. Celui-ci commença par rapprocher les lèvres de la blessure avec les doigts de la main gauche, puis de la droite il saisit avec une pince une fourmi vivante et il l'approcha de la plaie. La pauvre bestiole, effrayée, ouvrit largement ses mandibules et les enfonça dans les deux lambeaux de chair, le barbier sépara immédiatement la tête du thorax et les mandibules restèrent énergiquement serrées formant ainsi un point de suture très solide.

L'opération fut répétée de place en place sur toute la longueur de la plaie et au bout de trois jours la cicatrisation était assez avancé pour permettre au patient d'enlever ces pinces d'une nouvelle espèce.

(*Journal de la Société Linnéenne de Londres.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Un concours pour un emploi de Chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté le samedi 28 octobre, à dix heures du matin.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté du 13 au 21 octobre, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le diplôme de docteur en médecine.

Est admis à concourir tout docteur en médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus (art. 3 de l'arrêté du 1er octobre 1896).

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice ; en outre le chef des travaux anatomiques, le prosecteur d'anatomie, le préparateur d'anatomie pathologique ne pourront cumuler leurs fonctions avec celles de chef de clinique (art. 4 de l'arrêté du 1er octobre 1896).

La durée des fonctions de chef de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du professeur.

Le traitement annuel est de 1200 francs.

Nature des épreuves. — Les épreuves du concours consistent :

1° En une composition sur un cas de distocie ou de pathologie de la grossesse ;

2° En une épreuve clinique orale de 15 minutes sur une ou deux femmes, au choix du jury, après une demi-heure d'examen et de réflexion ;

3° En manœuvres obstétricales ;

4° En appréciation des titres antérieurs et travaux des candidats.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort de Monsieur le docteur MARCHAND, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

Voyage d'Etudes médicales aux Eaux minérales

Le voyage qui aura lieu du 2 au 13 septembre, sous la direction de M. le professeur LANDOUZY, comprendra : Néris, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol (sanatorium), Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence à la première station, Néris, comme pour retourner chez soi au départ de la dernière station, Pougues.

De Néris à Pougues, prix à forfait : 200 francs pour tous les frais de chemins de fer, excursions en voiture, hôtels, nourriture, transport de bagages, pourboires.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

32e SEMAINE, DU 6 AU 12 AOUT 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	14	11
3 mois à un an	36	24
1 an à 2 ans	3	4
2 à 5 ans	2	»
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	12	8
40 à 60 ans	9	3
60 à 80 ans	4	8
80 ans et au-dessus	2	1
Total	84	61

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	6	12
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	4	»	»	3	»	»	»	»	»	4	14	15
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	»	4	13	»	»	1	»	»	»	»	»	1	21	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	13	1	»	1	»	»	»	»	»	7	25	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	2	»	»	»	»	»	2	9	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	4	»	»	2	»	»	»	»	»	6	13	7
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	5	10	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	17	»	»	3	2	»	»	1	»	4	30	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	»	»	»	»	»	»	»	»	1	7	7
Total	»	2	»	»	»	1	»	7	»	12	72	1	»	13	2	»	»	2	»	33	145	130

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 137. Troisième Année, N° 35. Le Numéro : 10 centimes. 27 Août 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

L'ablation du cancer

Par le docteur **Lambret**, chef de clinique chirurgicale.

Notre but n'est pas dans cette étude de tracer l'histoire clinique du cancer de l'estomac, nous n'aurions rien à ajouter aux traités de pathologie qui sont dans toutes les mains. Nous voulons seulement montrer ce que peut, à l'heure actuelle, la chirurgie contre une affection à évolution implacablement progressive et fatale. Ce point de la thérapeutique du cancer de l'estomac est moins bien connu, ou plutôt il est faussement connu, car dans ces cinq dernières années les progrès accomplis ont été tellement considérables que les statistiques antérieures n'ont plus qu'une valeur très relative.

Le principe de la nécessité de l'ablation large des néoplasmes est admis aujourd'hui par tous ; l'intervention chirurgicale étant notre seule ressource, sa légitimité n'est pas discutable. Le cancer de l'estomac ne fait pas exception à cette règle générale, car il n'est ni plus malin ni plus envahissant qu'aucun autre ; sa marche n'est rapide que dans des cas exceptionnels ; son évolution est tellement lente que dans au moins 30 % des cas, les malades ne meurent pas de cachexie ni d'infection cancéreuse, mais bien d'inanition par suite de l'obstacle apporté à la nutrition par le développement de la tumeur. Est-ce à dire que la généralisation dans les ganglions et dans les autres organes ne soit pas fréquente? En aucune façon, et même si on s'en rapporte à la lettre à ce que disent les auteurs, on en arrive à croire que cet envahissement est la règle. Dans l'article de HAYEM et LYON, du traité BROUARDEL et GILBERT, nous voyons, par exemple, que le foie renferme des noyaux cancéreux dans 30 % des cas, le péritoine et le grand épiploon dans 25 % en moyenne; quant aux ganglions, les cas où ils ne sont pas pris formeraient l'exception. A première vue, ces chiffres ne semblent pas faits pour conseiller l'intervention, mais si on veut bien prendre le temps de la réflexion, on voit leur importance s'amoindrir ; ils sont, en effet, le produit d'additions de protocoles d'autopsie, c'est dire qu'il s'agissait de cancers très développés, ayant entraîné la mort. Si dans les mêmes conditions, on faisait le relevé des autopsies de morts par cancers du sein non opérés, croit-on que les résultats seraient plus encourageants ? C'est justement là qu'est l'erreur ; il faut négliger les souvenirs d'amphithéâtre, ces réminiscences de masses

néoplasiques énormes, de noyaux cancéreux parsemant le péritoine, il faut oublier le cancer mort et prêter seulement attention au cancer vivant. L'épithélioma à l'estomac est, comme partout, d'abord une petite tumeur tout-à-fait limitée ; cette tumeur grandit plus ou moins vite sur place, reste enfermée très longtemps dans la paroi de l'organe, puis se propage à distance par la voie lymphatique, mais cette propagation est lente et se fait par étapes, car les petits ganglions de la petite et de la grande courbure opposent pendant longtemps une barrière sérieuse à la migration des cellules cancéreuses.

C'est au début de son évolution que le cancer de l'estomac intéresse le chirurgien. Le principal est de ne pas ignorer ce début, car nous verrons que « la mortalité opératoire est infime quand on s'adresse à des petites tumeurs mobiles chez des gens encore bien portants. » (GUINARD). Malheureusement nous ne possédons pas de signe certain, pathognomonique, de l'existence d'un cancer d'estomac. Les douleurs, les vomissements, les hématémèses, les signes de sténose pylorique ne suffisent pas pour affirmer la nature cancéreuse du mal. L'examen du chimisme stomacal et l'analyse du suc gastrique ne donnent que des présomptions ; ce qui paraît assez constant dans le cancer c'est l'anachlorhydrie et la présence d'acide lactique. La tumeur a une signification très importante, mais elle peut mettre longtemps à se manifester et dans des cas très rares elle est purement de nature inflammatoire. Les modifications de l'état général doivent être prises également en considération, mais comme les signes précédents, il n'est possible de les remarquer que lorsque le mal a déjà acquis un certain développement. En fait, comme l'a dit EICHORST, le diagnostic de cancer se fait quand il y a tumeur, et quand il y a tumeur, il est trop tard pour parler de diagnostic précoce ; c'est une amère ironie que de parler du diagnostic précoce du cancer de l'estomac fait par les moyens médicaux. L'embarras du clinicien est donc grand et il peut persister jusqu'au bout, car même les pièces en main, il est impossible, dans certains cas, de faire le diagnostic entre l'ulcère et le cancer ; la laparotomie exploratrice n'est donc pas à proprement parler capable de nous fournir le signe de certitude désiré ; mais, c'est en somme le seul moyen dont nous disposions pour assurer notre opinion ; les quelques chances d'erreur auxquelles elle nous expose ne doivent pas compter ; il faut passer outre et considérer comme cancer toutes les tumeurs stomacales qu'elle nous fera découvrir. La nécessité de la laparotomie exploratrice doit donc être proclamée sans hésitation ; mais le point difficile, c'est de décider à quel moment elle doit être pratiquée.

CZERNY en posait, au congrès de Moscou de 1897, les indications de la façon suivante. Lorsqu'il y a insuffisance chimique et motrice de l'estomac, lorsqu'un traitement médicamenteux et mécanique soigneux n'est pas capable de supprimer les troubles subjectifs du malade et de maintenir d'une façon durable le poids du sujet à son état normal, on doit appeler le chirurgien et poser le diagnostic à l'aide de la laparotomie exploratrice. Alors, selon ce que l'on trouvera on pourra facilement décider si les troubles du malade doivent être supprimés par l'excision d'une tumeur ou d'un ulcère ou par la gastroentérostomie ou par la pylorectomie. Selon GUINARD, à qui nous empruntons bon nombre des matériaux de cette étude, les éléments qu'il faut prendre en considération en face d'une affection gastrique pour proposer la laparotomie sont : « 1° les modifications nettement appréciables du chimisme gastrique et tout particulièrement l'apepsie et la présence d'acide lactique après un repas d'épreuve ; 2° l'impossibilité de relever rapidement ou de maintenir d'une façon durable le poids du corps à son état normal par un traitement médical bien conduit, en d'autres termes la constatation de la marche progressive du mal en dépit de tous les efforts medicaux et cela sans considération aucune pour l'état subjectif du malade. » Ainsi donc il faut savoir reconnaître à temps l'inutilité du traitement médical et ne pas s'effrayer de cette intrusion de la chirurgie dans ce qui était considéré jusqu'ici comme du domaine de la médecine. DOYEN l'a dit, là où la médecine est impuissante, la chirurgie reprend ses droits, il faut savoir comprendre l'intérêt véritable de son malade lui communiquer ses doutes, ses appréhensions, ses craintes, l'engager à payer d'une opération bénigne la certitude d'avoir ou de n'avoir pas un cancer de l'estomac, à une heure où l'ablation du néoplasme, s'il existe, présente son minimum de gravité.

La laparotomie a montré l'existence d'une tumeur : il s'agit maintenant de déterminer la conduite à tenir : il ne peut être question d'enlever tous les cancers, et dans certains cas, il faudra se contenter d'une opération palliative ; les statistiques montrent, en effet,

que la proportion des cancers opérables est d'environ 30 %. L'extirpation large du cancer doit, il est vrai, être tentée le plus souvent possible, mais certaines conditions sont nécessaires. On doit commencer par examiner l'état général et constater que cet état général est encore relativement bon, il faut que le malade puisse supporter un acte opératoire toujours assez long (nous croyons qu'il est difficile d'aller en-dessous d'une heure), ce serait folie de tenter une gastrectomie chez un moribond ; néanmoins il faut se rappeler que Roux alimente ses malades aussitôt après l'opération et compter sur cette alimentation rapide pour aider l'opéré à supporter le choc ; si le malade se trouve dans un état d'inanition avancé causé par la sténose du pylore, la gastroentérostomie, opération de nécessité, s'impose parce que beaucoup plus bénigne et plus rapide. Plus tard quand l'embonpoint sera en partie revenu et la résistance augmentée, l'opération radicale pourra être tentée s'il y a lieu. S'il n'existe pas de sténose et qu'on se trouve chez un malade non résistant, en présence d'un cancer en nappe, il n'y a guère que deux partis possibles, ou l'abandon ou l'ablation ; Guinard pense que dans ce cas « les indications se tirent du cas particulier et du tempérament du chirurgien » et il paraît avoir un penchant prononcé pour l'intervention. Notre opinion personnelle, c'est qu'on doit respecter ces néoplasmes très avancés, aider les patients à mourir en ne leur marchandant pas les narcotiques dont nous disposons ; les opérer c'est courir à un insuccès certain et jeter le discrédit sur une intervention cependant très justifiée dans d'autres cas. Néanmoins, il ne faut pas aller trop loin dans cet ordre d'idée, car vouloir n'opérer que des malades dans un état général florissant serait se condamner d'avance à l'inaction. L'expérience nous montre que, le choc opératoire dissipé, cet état général se rétablit toujours avec une rapidité merveilleuse.

La question de la résistance du sujet étant jugée, l'estomac sous les yeux et dans la main, le chirurgien doit examiner le néoplasme, apprécier ses adhérences, découvrir les métastases. On n'est autorisé à tenter la résection que si elle se présente comme facile, que si on ne prévoit aucune complication, aucune manœuvre aveugle dans un champ opératoire où la clarté ne peut faire défaut un seul instant. C'est donc avec beaucoup de soin qu'on déterminera l'étendue de la tumeur, sa mobilité, ses adhérences et qu'on explorera les organes voisins afin de poser en parfaite connaissance de cause l'indication ou les contre-indications de l'opération radicale. La connaissance des adhérences postérieures est très précieuse : Von Hacker conseille pour les découvrir de perforer le petit épiploon dans un endroit dépourvu de vaisseaux, de pratiquer un orifice semblable dans l'épiploon gastrohépatique et d'introduire un doigt dans chacun de ces orifices de façon à explorer complètement la face postérieure de l'estomac. Les adhérences avec la paroi abdominale, les adhérences épiploïques ne contrindiquent pas l'opération, très souvent d'ailleurs elles sont de nature inflammatoire. Il ne faut pas toucher aux cancers adhérents au foie, à la vésicule, aux gros vaisseaux, les dangers d'hémorrhagie sont trop considérables ; les adhérences au pancréas sont moins graves, car on peut dans ce cas lier avant de couper.

Les ganglions dégénérés qui se trouvent le long des courbures de l'estomac et quelquefois dans la partie supérieure du grand épiploon ne contrindiquent pas l'opération et leur ablation ne fait courir aucun risque. Le groupe ganglionnaire qui est situé à côté de la tête du pancréas doit être respecté : son ablation expose à des hémorrhagies foudroyantes.

On voit, en résumé, que tout cancer limité à la paroi gastrique, enfermé dans l'estomac, est enlevable ; si les petits ganglions tangentiels aux courbures sont envahis, l'extirpation est encore légitime. L'étendue du cancer n'est rien ; ce qui importe, c'est son extension au dehors de l'organe : réséquer cinq centimètres d'estomac, ou l'estomac presqu'en entier, c'est opératoirement à peine plus grave et physiologiquement à peu près la même chose. L'expérience nous montre que l'estomac n'est pas nécessaire pour que la digestion se fasse d'une façon suffisante et utile. Quand une grande partie de l'organe a été enlevée, les malades doivent dans les premiers temps faire des repas petits et fréquents ; s'ils absorbent une trop grande qualité d'aliments, ils vomissent ; d'autres fois ils ont des régurgitations de liquides intestinaux ; le décubitus latéral droit les fait disparaître. La meilleure preuve du fonctionnement satisfaisant du tube digestif, c'est le relèvement rapide de l'état général des malades qui engraissent ordinairement, pour ainsi dire, à vue d'œil. D'ailleurs, phénomène intéressant, la cavité gastrique se reforme, non plus évidemment aussi spacieuse qu'auparavant, mais la plupart du temps suffisante

pour permettre à l'opéré d'espacer raisonnablement ses repas.

Nous venons de voir que les suites immédiates sont, au point de vue physiologique, d'une simplicité encourageante; il importe maintenant d'examiner les résultats éloignés et la mortalité opératoire (1) des gastrectomisés. Voici ce que disait WÖLFLER en 1896 dans son rapport au congrès de Berlin : « Parmi les malades qui ont été opérés par les chirurgiens allemands, je trouve, abstraction faite de tous les malades qui ont vécu un à deux ans ou sont encore en vie après ce temps, quatorze malades qui ont vécu ou vivent encore plus de cinq ans après l'opération ; en outre un malade qui est encore en vie bien qu'opéré il y a plus de six ans pour lymphosarcome et enfin deux malades qui vivent depuis plus de huit ans et sont absolument bien portants ; total vingt-quatre malades qui ont dû à l'opération de voir leur vie prolongée de deux à huit ans ; si j'ajoutais, à cette liste, les malades dont la survie post-opératoire est de un à deux ans, elle s'accroîtrait immédiatement de vingt-cinq nouveaux malades. » Si nous prenons maintenant les communications faites à la Société de Chirurgie allemande en 1898, nous trouvons encore en vie deux opérés de KROHLEIN depuis quatre ans, trois de CZERNY opérés depuis deux ans et demi, sept et huit ans, deux de LAUKER depuis cinq et sept ans : deux de HAHN depuis six et sept ans ; deux de VON HACKER de huit et six ans; trois de KARY depuis 3,2 1/2 et deux ans. Nous même avons opéré de pylorectomie un malade qui est encore en parfaite santé deux ans et demi après l'intervention. Il faut convenir que ces longues survies sont bien faites pour fortifier nos espoirs. Hâtons-nous toutefois d'ajouter qu'elles sont rares, car malheureusement la récidive survient beaucoup plus fréquemment. La statistique de WOLFLER porte sur 159 cas opérés et suivis; sur ces 159 malades, 49 seulement ont vécu plus d'une année; la statistique plus récente de GUINARD est un peu moins sombre : sur 118 opérés guéris, 44 ont été revus après douze mois. Évidemment ces résultats ne sont pas bien brillants ; il est toutefois nécessaire de tenir compte de la diversité des néoplasmes opérés, très différents les uns des autres par l'âge, l'étendue et les connexions ; certains opérateurs enlèvent tous les cancers avec acharnement ; à cause de cette persévérance farouche, mais blamâble, ils s'exposent plus que d'autres à des opérations incomplètes, c'est-à-dire à une récidive sûre. Il faut également tenir un grand compte du bénéfice acquis par l'opération, même en cas de récidive. KROHLEIN a calculé qu'un cancéreux reconnu opérable de résection et abandonné sans opération vit encore, en moyenne, 209 jours. Or, en admettant que l'opération ne puisse prolonger la vie du malade que de un an et demi — moyenne admise par les différents auteurs — à dater du jour de l'opération, c'est néanmoins 338 jours, presqu'un an de survie qu'on ajoute aux 209. Et, dans l'intervalle, le malade reprend espoir, ses forces reviennent, les souffrances disparaissent, l'alimentation est possible et reste le plus souvent possible jusqu'à la mort, qui survient lentement et sans douleur, par cachexie. C'est pourquoi MICKULICZ a pu dire : « même si nous ne prolongions pas la vie de nos opérés d'un seul jour, l'opération serait justifiée à mes yeux. Je n'ai jamais entendu un seul mot d'ingratitude des opérés et beaucoup étaient en état, quelques mois après, de reprendre leurs occupations ».

Voyons maintenant la mortalité opératoire. Elle a été effrayante au début ; en 1883 on comptait 85 décès pour 100. Mais d'année en année elle devient moins considérable. GUINARD nous montre par quelques chiffres l'amélioration manifeste des statistiques : HAHN, 1891-1896, 28,6 p. 100 de mortalité sur 7 cas ; 3e série de BILLROTH, 1890-1894, 26,7 p. 100 sur 15 cas ; CARLE, 1891-1897, 25 p. 100 sur 12 cas ; PÉAN, 1891-1896, 22,2 p. 100 sur 9 cas ; MANTEUFFEL, 1895-1896, 20 p. 100 sur 5 cas ; KOCHER, 1890-1896, 15,4 p. 100 sur 26 cas ; KRONLEIN, sur 7 malades opérés, en 1894-97, n'en a perdu qu'un seul de gangrène pulmonaire, soit 14,3 p. 100, V. HACKER vient de communiquer au XXVIIe congrès allemand de chirurgie sa statistique qui porte sur neuf cas avec huit guérisons et une mort. En France, nous ne connaissons pas encore les statistiques complètes de ceux qui s'occupent de chirurgie stomacale, mais plusieurs sont vierges de décès et il ne se passe pas de semaine qu'à la Société de chirurgie on ne présente un malade opéré et guéri. Le progrès est donc indéniable ; il est dû aux perfectionnements des méthodes, à la richesse de l'instrumentation chirurgicale actuelle, au soin minutieux que prennent les chirurgiens de ne plus tenter que des opérations justifiées.

Vingt à vingt-cinq chances pour cent de décès

(1) La thèse récente de GUINARD est à ce point de vue très documentée, nous lui empruntons la plupart de nos chiffres.

immédiat, un très grand nombre de récidives au bout d'un an, quelques guérisons définitives, moins rarement des survies de plusieurs années, voilà donc le bilan actuel de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac ; convenons que ces résultats peuvent ne pas paraître encourageants, mais faisons remarquer que la chirurgie des cancers n'est en aucun cas très brillante. Est-ce une raison pour nous décourager et refuser systématiquement l'intervention, seule ressource dont nous disposions, puisque le traitement médical est complètement impuissant?

Nous ne le croyons pas; nous avons la foi que l'heure d'un pareil renoncement n'est pas encore sonnée et nous dirons du cancer de l'estomac ce que FAURE disait de celui du rectum : « il faut, toutes les fois que l'état général du malade le permet, tenter l'extirpation et la tenter encore, malgré les revers et malgré les désastres. Dans cette chirurgie de condamnés à mort, une seule résurrection console de cent insuccès. » C'est l'espoir d'une guérison radicale et définitive qui nous met le bistouri dans la main, et cet espoir est assez fort pour nous enlever la crainte des morts opératoires et des récidives : La mortalité opératoire est appelée à devenir presque nulle si on veut bien n'opérer que des malades triés, si on veut bien admettre la laparotomie exploratrice précoce ; quant à la récidive, c'est l'épée de Damoclès qui menace tous les opérés de n'importe quel cancer, ce qui n'empêche pas cependant d'intervenir contre ces cancers.

MORT FOUDROYANTE PAR EMBOLIE
à la suite d'hystérectomie abdominale guérie
SYMPTÔMES RÉVÉLATEURS D'UNE EMBOLIE MENAÇANTE

par M. le professeur **Folet**

A la fin d'octobre 1898 était couchée au numéro 12 de ma salle Saint-Augustin une femme qui, dix-neuf jours auparavant, avait été opérée d'hystérectomie abdominale pour fibrome utérin. Elle allait fort bien et me demandait son exeat pour le 1er novembre. Je lui objectai qu'elle sortirait malgré mon avis, que trois semaines ne s'étaient pas tout à fait écoulées depuis l'intervention et que c'était peu pour une opération aussi importante ; que chez elle en particulier il s'était produit, quelques jours après l'hystérectomie, certains phénomènes (sur lesquels nous reviendrons) qui me faisaient désirer qu'elle séjournât à l'hôpital et restât au lit encore quelque temps, pour y garder un repos qu'elle n'aurait pas dans son ménage. La malade insista, déclarant que, depuis huit jours elle se trouvait fort bien ; qu'elle avait hâte de revoir son enfant mal soigné en son absence ; que son mari, — un gendarme ou un douanier, je ne sais plus au juste, — n'aurait le temps de la venir chercher que le jour de la Toussaint, car il habitait loin de Lille, dans l'arrondissement d'Avesnes, etc., etc. Bref, le 31 octobre, elle me déclara qu'elle *voulait* sortir le lendemain. Et j'appris depuis que dans la journée elle s'était levée pour faire quelques préparatifs de départ.

Dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre, vers une heure du matin, la malade, qui dormait, se réveille brusquement en poussant un cri de terreur qui met instantanément sur pied toutes les malades ses voisines capables de se lever. Elle est en proie à une formidable crise de dyspnée, criant d'une voix désespérée qu'elle étouffe ; ses mains, convulsivement crispées, étreignent sa poitrine et son cou, comme pour arracher un poids qui l'écrase. En trois ou quatre minutes elle perd connaissance. Quand l'interne de garde, que la sœur de nuit avait envoyé précipitamment quérir, arriva auprès du lit, elle était morte.

Toute cette scène effrayante n'avait pas duré un quart d'heure.

C'est là le tableau classique de la mort par embolie de l'artère pulmonaire. En effet, à l'autopsie, nous trouvons dans cette artère, à cheval sur la bifurcation des deux branches artérielles et oblitérant hermétiquement la lumière des deux vaisseaux, un bouchon volumineux et dense formé par un long caillot cylindrique, pelotonné sur lui-même et comme tassé, qui provenait évidemment d'une des grosses veines d'un ligament large, souvent très dilatées chez les porteuses de tumeur utérine quelconque.

La mort subite n'est pas un accident inédit à la suite des grandes opérations abdominales. POZZI, RECLUS et d'autres en ont signalé des exemples personnels, après 30 jours et plus. On en a cité en Allemagne et en Angleterre. Et combien de faits sans doute n'ont pas été publiés ! Combien même ont pu rester ignorés de l'opérateur : si la catastrophe était arrivée chez ma malade 24 ou 48 heures après son retour chez elle, j'aurais pu n'en être informé que beaucoup plus tard. J'aurais même pu n'en pas être informé du tout.

Le mécanisme de la mort est très facile à concevoir : ı coagulum se forme dans une veine à proximité ɔn minuscule foyer d'infection locale, d'un fil par emple qui, malgré l'étuve ou l'ébullition, est demeuré ıparfaitement aseptique. Et il ne faut pas croire que ci ne se puisse produire à la suite d'une opération : tout a marché à souhait et alors que la thermie ste absolument normale. AUCHÉ et CHAVANNAZ, de ɪrdeaux, dans un des derniers numéros de la *Revue gynécologie*, ont démontré, par des examens micro-ɒlogiques de liquides péritonéaux recueillis à la fin laparotomies, avant la fermeture du ventre, dans s cas *qui ont tous guéri*, — que 85 fois sur 100, ême en suivant scrupuleusement les règles de sepsie, le chirurgien ne peut pas se vanter d'avoir it une opération abdominale idéalement aseptique. est surtout le staphylocoque blanc que l'on trouve ns ces infections bénignes.

Le péritoine qui n'est pas, comme on le croyait lis, une proie facile à la pullulation microbienne, le ritoine se débarrasse des germes introduits quand possède tous ses moyens de défense et que les rmes sont peu nombreux. Mais que sur un seul ɪint ces conditions viennent à manquer ; un petit yer local se constitue, d'où la thrombose veineuse ut résulter.

La thrombose infectieuse est le processus initial dinaire. C'est ainsi que les choses se passent dans s phlébites post-puerpérales ; c'est certainement nsi qu'elles se sont passées dans notre cas. Le ıillot ne peut-il jamais se former autrement ?

Aujourd'hui que l'on a tendance à ne voir absolu-ıent que l'infection, on nie tout autre processus : la ırombose ne se forme dans une veine que consécu-vement à une altération, et à une altération micro-enne, de l'endothélium veineux. Il m'a toujours paru en difficile d'admettre cette altération infectieuse :imordiale dans les cas, dont j'ai deux fois été témoin qui sont d'ailleurs parfaitement classiques, d'em-ɔlies mortelles suites de coagula veineux formés ıns les veines voisines de fractures fermées et ayant ɿéri sans l'ombre d'un accident. Pourquoi ne veut-ɑ pas croire théoriquement possible que dans une ɜine brusquement obturée par une compression, ır une ligature, la colonne sanguine stagnante soit ısceptible de se coaguler ; moins vite et moins faci-ment sans doute que si le sang était sorti du vais-ɜu ; mais enfin la seule immobilité ne peut-elle permettre à la fibrine de se solidifier ? Je n'y vois pour ma part aucun empêchement. Je sais que ce que j'écris là est terriblement démodé. La conception Virchowienne des thromboses primitives, après avoir longtemps régné en maîtresse, est reléguée dans le domaine des vieilleries. Qui sait si on ne la démon-trera pas un jour applicable à certains faits ? Sans être très vieux encore, j'ai déjà vu de ces regains de succès en faveur de théories médicales dédaignées : *Multa renascentur quæ jam cecidere...*

Toujours est-il que le caillot, quelle qu'en soit l'ori-gine, reste souvent adhérent aux parois du vaisseau où il est né ; et alors la guérison arrive par oblitéé-ration plus ou moins complète du calibre et formation d'une circulation collatérale. Mais parfois le caillot, se détachant du moule veineux où il s'est produit, chemine, arrive dans la veine hypogastrique, puis dans la veine cave où, beaucoup plus à l'aise, il se pelotonne, parvient dans l'oreillette droite, puis dans le ventricule, d'où il est projeté dans l'artère pulmo-naire, s'arrête à l'éperon de bifurcation ; et, quand il est assez volumineux pour obturer étroitement les deux vaisseaux, amène la suppression brusque de la circulation pulmonaire et la mort en quelques ins-tants. C'est ce qui est arrivé chez notre pauvre malade.

Quelque symptôme peut-il faire soupçonner la for-mation silencieuse d'une thrombose veineuse profonde et la possibilité d'une embolie future ?

J'ai dit que certains phénomènes s'étaient mani-festés chez notre malade dans la période post-opéra-toire. Voici du reste l'observation sommaire rédigée par M. HÈZE, mon interne, d'après les notes consignées au registre de gynécologie du service :

Le 10 octobre 1898 entre à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le professeur FOLET, salle Saint-Augustin, lit nº 12, la nommée D..., Marie, âgée de 46 ans, et demeurant à Sains-du-Nord.

Cette femme a eu deux enfants. Elle n'a jamais eu de fausse couche. Depuis deux ans elle perd très sou-vent du sang très abondamment et est obligée de se coucher. Elle ne ressent aucune douleur. Les mictions sont fréquentes et peu abondantes. Le toucher per-met de sentir un col très gros non bosselé, de consis-tance normale. L'orifice du col n'est pas entr'ouvert. Le toucher et le palper combinés indiquent un corps utérin très volumineux, de forme arrondie, dont le volume peut-être comparé à celui d'une tête fœtale. Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'examen au spéculum mon-tre que la muqueuse du col est saine.

Diagnostic : fibrome utérin.

Les pertes incessantes qui affaiblissent beaucoup cette femme et l'obligent à garder le lit plusieurs jours par mois, l'amènent à demander très instamment qu'on la délivre de son mal.

Opération le 12 octobre : hystérectomie abdominale faite par la méthode américaine, très simple et rapide. Hémostase faite très soigneusement. On enlève l'ovaire droit, légèrement kystique, avec l'utérus. L'ovaire gauche est laissé Drainage vaginal. Plaie abdominale fermée par deux plans de sutures. Pansement iodoformé.

Le 13 octobre la température est normale. La malade ne souffre pas. Pas de selles, aussi ordonne-t on un purgatif.

17 octobre. — Température 37°6. On enlève le drain vaginal.

Le 20 octobre, la malade a le soir 38°5. Cette élévation thermique s'accompagne d'un point de côté à droite et en arrière. Matité et respiration soufflante vers la base du poumon. On remarque également que, durant deux jours, la malade a une pommette très rouge, la pommette droite.

23 octobre. — La température oscille entre 37° et 37°5. Le pansement est refait. Il y a réunion par première intention ; on enlève les sutures ; pas la moindre induration de la cicatrice. Aucune douleur dans le ventre La cicatrisation du fond du vagin est également complète. Appétit. La malade déclare qu'elle va très bien.

Que l'on veuille bien comparer cette observation et particulièrement le passage que j'ai imprimé en italique, avec une leçon clinique du professeur Pinard concernant une puerpérale ayant présenté de la phlegmatia alba dolens. Au cours de cette phlegmatia, la malade de M. Pinard avait expectoré par deux fois, à dix jours de distance, des crachats hémoptoïques avec suffocation et point de côté (1). Ma malade avait présenté le huitième jour une élévation thermique avec point de côté, dyspnée légère et congestion pulmonaire ; elle avait offert aussi cette rougeur d'une pommette que Jaccoud a indiquée il y a longtemps comme symptomatique d'un processus phlegmasique du poumon.

Depuis longtemps déjà M. le professeur Pinard a insisté, en particulier dans son travail concernant *le traitement de l'infection puerpérale* (2), sur la relation des symptômes thoraciques avec la phlegmatia :

« A l'heure actuelle, dit-il, quand nous voyons survenir pendant les suites de couches un point de côté peu accusé ou souvent une douleur à faire jeter des cris, douleur au niveau de l'épaule, coïncidant avec un trouble dans le rythme des mouvements respiratoires, nous pensons tout de suite à l'existence d'embolie pulmonaire, à de petites embolies qui provoquent les symptômes ci-dessus énumérés et sont suivis, dans un laps de temps qui varie de deux à huit jours, de l'apparition d'une phlegmatia alba dolens. Dans douze cas où nous avons pu suivre la marche des accidents nous avons vu survenir cinq fois la phlegmatia au niveau d'un membre inférieur seul, six fois la phlegmatia fut double, une fois la phlegmatia fut observée au membre supérieur seul, les membres inférieurs restant indemnes.

» Ainsi donc la phlegmatia alba dolens peut être annoncée par l'apparition de signes précurseurs, constituant une scène se déroulant ainsi : points de côté ou douleur au niveau du thorax ou de l'épaule ; dyspnée, quelquefois orthopnée ; phénomènes de percussion ou d'auscultation extrêmement fugaces et variables ; crachats hémoptoïques. Et finalement phlegmatia. »

M. Pinard fait des symptômes d'infarctus pulmonaire un signe *précurseur* de la formation de la phlébite infectieuse. Est-il certain que ces minuscules embolies précèdent toujours la thrombose veineuse ? Ne proviennent-elles pas de l'effilochage du bout libre et flottant du caillot déjà formé, dont quelques parcelles se détachent, annonçant par les symptômes qu'elles produisent non qu'un coagulum va se faire, mais bien qu'il est déjà fait ? Peu importe l'ordre des dates entre les deux faits ; ce qu'il y a de certain c'est qu'il y a entre eux une étroite corrélation. Quand chez une malade *opérée du ventre* ou accouchée, chez laquelle une phlegmatia est possible, *des phénomènes pulmonaires se montrent*, il faut songer qu'une phlébite peut exister ou va se faire chez elle et *la condamner à une immobilité absolue d'un mois au moins*. Si ma malade, obéissant à mon inquiétude et à mes conseils, eût voulu rester à l'hôpital et garder le lit quinze jours ou trois semaines de plus, elle serait vraisemblablement vivante, — et guérie.

(1) *Bulletin médical*, 10 mai 1895.

(2) *Traitement de l'infection puerpérale*, Pinard et Wallich, p. 142.

NICOLAS DE LA FRAMBOISIÈRE

ET LA

MEDECINE IL Y A TROIS SIECLES

par le docteur Potel, chef de clinique à la Faculté de médecine

Nicolas Abraham de la Framboisière, plus généralement connu sous le nom de Frambesarius,

est un médecin du début du XVIIe siècle dont les ouvrages sont à peu près totalement inconnus aujourd'hui.

Né en 1577, il reçut de son père, médecin à Guise, les premiers éléments de l'art de guérir. En 1606 nous le retrouvons doyen de la Faculté de médecine de Reims. Etant venu s'installer à Paris, il obtint la place de professeur au Collège royal et celle de médecin de Louis XIII.

Son premier ouvrage, qui date de 1595, est intitulé : *Canonum et consultationum libri tres, quibus aphoristica methodus medendi omnibus affectibus corporis continetur.*

Il écrivit d'autres ouvrages, et les réunit dans une sorte d'encyclopédie qui parut à Francfort en 1629, à Rouen en 1631, à Lyon en 1644 et en 1669.

Ce gros traité était intitulé (édit. 1644) : « *Les œuvres de N. Abraham de la Framboisière, conseiller et médecin du Roy, où sont méthodiquement descrites l'histoire du monde, la médecine, la chirurgie et la pharmacie pour la conservation de la santé et la guérison des maladies internes et externes, avec les ars liberaux, par le moyen desquels on acquiert les graces d'entendre, de bien dire et d'heureusement vivre.* »

A Lyon, chez Antoine Huguetan, rue Mercière, à la sphère, 1644. *Avec privilège du Roy.*

Ce gros volume in-folio d'environ 1000 pages ne contient rien de bien original. C'est une compilation et souvent une copie servile d'AMBROISE PARÉ, de DU LAURENS, que LA FRAMBOISIÈRE appelle le prince des anatomistes de ce temps, etc. Mais il a la prétention de former une encyclopédie de ce qui constituait la science au début du XVIIe siècle et de fait on y trouve aussi bien l'étude des météores et du Ciel empyrée, que celle des figures de rhétorique, du bon maintien, sans compter la médecine et la préparation des onguents et thériaques. Cet ouvrage, pour l'époque, était considéré comme ayant une certaine valeur, autrement on n'en eut point tiré quatre éditions successives. Dans le privilège du Roy, il est d'ailleurs dit que :

« JEAN HUGUETAN, désirant imprimer pour le bien et utilité du public les œuvres de N. ABRAHAM DE LA FRAMBOISIÈRE..., d'autant qu'il luy conviendra faire des grands frais pour l'impression d'icelle et craignans que par enuie et concurrence, quelques autres personnes les voulussent pareillement imprimer, il nous a requis nos lettres de Privilège. »

Cet ouvrage constitue donc le compendium scientifique du début du XVIIe siècle.

Il nous a paru intéressant de donner un aperçu rapide de ce qu'était la médecine à cette époque. Il n'est pas inutile de jeter parfois le regard en arrière et de constater le chemin parcouru.

Nous laisserons autant que possible parler notre auteur. Nous nous en voudrions d'enlever quelque chose à la naïveté de certaines interprétations.

ANATOMIE

L'*os* est une partie du corps extrêmement dure et terrestre, partant de tempérament froid et sec ; aussi est-il engendré de la plus grosse matière du sperme, non toutefois glutineuse, mais grasse C'est pourquoi il se nourrit de moelle, qui est chaude, humide et oléagineuse.

Le *cartilage* est de mesme substance que l'os, excepté qu'il n'est pas si sec, ny si dur : aussi n'est-il pas si mol que le ligament. Au surplus il est blanc comme les autres parties spermatiques.

La *chair* est une partie simple, engendrée de sang médiocrement desséché. Elle est de température chaude et humide et de couleur rouge. La chair sert à la perfection, force et défense des parties auxquelles elle a été ordonnée par la nature et pour humecter celles qui sont trop seiches.

La *graisse* est une partie simple, humide et blanche, faite de la plus onctueuse et plus aérée portion du sang, caillée et espaissie par la froidure des parties spermatiques, lorsqu'elle resude, comme une rosée, sur elles.

Le *cerveau* est le principal organe de la faculté animale pour ce qu'il est le siège de l'âme...

Dedans le cerveau il y a quatre ventricules, où est contenu l'esprit animal... On y voit un admirable tisseure de veines et artères meslées ensemble, qu'on appelle *plexus choroïdes*, où se prépare l'esprit animal.

Plus, deux conduits, un qui va aux productions mammillaires, pour l'inspiration et expiration du cerveau, et pour recevoir les odeurs ; l'autre, qui va droit au troisiesme ventricule pour y porter l'esprit animal. Sur le troisiesme ventricule, il y a une voûte pour soustenir toute la pesanteur de la cervelle de dessus de peur qu'elle n'estoufast la cavité et n'accablast l'esprit qui est dedans.

Les *poulmons* sont les principaux organes de la respiration... Quant à leur tempérament, si on a esgard aux vaisseaux et autres parties spermatiques qui entrent en leur composition, on les jugera incontinent de complexion froide et seiche ; mais si on considère qu'ils sont de substance charnüe, molle et baveuse, et que leur parenchyme abonde par-dessus les parties spermatiques, on recognoistra qu'ils sont de température chaude et humide. Néanmoins si on prend garde à leur légèreté, mobilité et au sang bilieux duquel ils sont nourris, on les pourra dire de nature chaude et seiche.

La casuistique n'a jamais trouvé mieux.

Le *foye* est le principal organe de la faculté naturelle, pource que c'est l'autheur de la sanguification, la boutique du sang et de l'esprit naturel et le principe des veines. PLATON y establit le siège de la faculté concupiscible.

Il ne faut point douter que le foye ne tourne le chili en

sang par le moyen de ses veines, de sa chair et de sa température. La coction se fait par les veines aydées de la chaleur de toute la partie, la rubification dépend de la chair du foye, laquelle est naturellement rouge.

Le *pancréas* est une masse de chair qui sert de cuissinet à la veine porte.

La *rate* est le receptacle de la melancholie excrementeuse. Elle attire par les veines l'humeur melancholique et la reçoit en sa substance spongieuse pour estre eschauffée, digérée et purifiée par les artères, afin qu'elle se puisse nourrir de la plus subtile portion et renvoyer la plus grossière aux veines hémorroïdales ou bien à l'estomach par le conduit nommé *vas breve* pour exciter l'appétit.

Les *testicules* sont les principaux instruments de la génération, pour ce qu'ils font les fontaines de la semence, laquelle contient en sa substance la matière et la forme du corps des animaux. C'est pourquoy nous les appellons proprement génitoires. Ils se nomment testicules pour estre à l'homme témoins de sa virilité.

Le droit est par Hippocrate appelé masculin, et le gauche, féminin ; pour ce que la semence est plus chaude et plus cuite dans ceslui là, et plus froide et plus séreuse dans ceslui cy.

Ils sont situez en la bourse, aux hommes, et aux deux costez de la matrice aux femmes. Ceux des hommes sont pendans au dehors à fin que la chaleur fust tempérée par la froidure de l'air ; mais ceux des femmes ont esté posez en dedans sur les muscles des lumbes, pour estre plus chaudement.

Les *parastates* sont deux petites boursettes, qui ont force cachots anfractueux, sortant des vaisseaux déférans, où la semence demeure en réserve, de peur qu'elle ne s'écoule toute à la fois au coït, et pour y acquérir encore quelque dernière perfection.

La *matrice* est comme un champ fertil qui reçoit la semence masculine avec la féminine, pour la génération de l'enfant. Elle reçoit aussi le sang menstrual pour la nourriture d'iceluy. Sa tunique propre est tissüe de trois sortes de fibres, de droites pour attirer la semence, d'obliques et traversantes pour retenir l'enfant et le mettre hors en temps prefix par nature.

Le col est la plus estroite partie de la matrice. Il sert de fourreau à la verge virile. Lorsqu'il est restrecy, il y a force rides par dedans, mais quand il est eslargy au coït, on le sent uny et lubric.

Quant aux lèvres, on les appelle nymphes pource qu'elles président au canal, d'où est dérivé l'eau, comme d'une fontaine.

PHYSIOLOGIE

Après avoir dressé l'estat des parties contenantes, il nous faut poursuivre celuy des parties contenües, c'est-à-dire les humeurs et les esprits.

Il y a quatre humeurs, le sang, la bile, la melancholie et la pituite, lesquelles sont toutes meslées ensemble dans les veines. Ce meslange des quatre humeurs est appelé masse sanguinaire, à raison du sang qui y est en plus grande quantité. Le sang est de consistance médiocre ; car n'outrepassant point ses bornes naturelles, il ne paroist ny trop espais ny trop clair. Il rend la personne gaye et joyeuse. Il domine aux enfants et adolescens, et est plus abondant au printemps, qu'en toutes autres saisons.

La bile alimenteuse est la plus subtile partie de la masse sanguinaire. Elle tient de la nature du feu. Elle nourrit les parties qui approchent plus près de son naturel et rend la personne cholere, agile et prompte à toutes choses, légère et inconstante. Elle abonde en jeunesse et en esté.

La mélancholie alimenteuse est la plus espaisse partie de la masse sanguinaire. Elle nourrit les os et rend la personne triste, chagrine, fascheuse, rude, sévère et constante.

Elle abonde au déclin de l'aage et en automne.

La pituite alimenteuse est la fluide partie de la masse sanguinaire. Elle rend la personne endormie, paresseuse, grosse et grasse.

Elle abonde en la vieillesse et hyver.

— Les secondes humeurs prennent leur naissance des premières en chaque partie du corps, où elles sont plus exactement élaborées par la dernière coction, de laquelle procèdent deux excremens apparans, la sueur et l'ordure, sans celuy qui sort par insensible transpiration.

Il y en a quatre :

La première c'est celle qui degoutte hors de la tunique des petites veines ;

La seconde arrouse la partie qui doit estre nourri ;

La troisiesme est appelée gluten, pource qu'elle est agglutinée à icelle ;

La dernière cambium, pource qu'elle est presque toute changée et assimilée en sa substance.

— Il reste maintenant les Esprits qui font mouvoir, vivre et subsister la masse corporelle des animaux.

Des esprits les uns sont fixes, les autres influans.

Il y en a des animaux, vitaux et des naturels.

L'esprit animal est engendré au ventricule du cerveau, de la plus subtile partie de l'esprit vital portée en haut par les artères carotides, et de l'air attiré par l'inspiration du cerveau. Il sert au sentiment et mouvement volontaire.

L'esprit vital est engendré au cœur, de l'esprit naturel, qui entre du dextre au senestre ventricule et de l'air préparé aux poulmons. Il est conduit par les artères à toutes les parties du corps pour vivifier les esprits fixes et restaurer les forces.

L'esprit naturel est engendré au foye de la vapeur du sang et de l'air introduit par la transpiration pour accompagner la faculté influante avec le sang.

Le plus subtil des esprits, c'est l'animal. Le naturel est

plus grossier. Mais le vital tient le mitan, en consistance et en dignité.

De la *faculté naturelle.* — La nature a fabriqué un grand nombre d'organes pour exercer les fonctions particulières de la faculté nourrissante. La viande, conduite dans l'estomach où recevant la première coction, elle est changée en chyle. Le chyle est porté au foye où recevant une seconde coction, il est transformé en sang lequel est distribué à tous les membres par les canaux de la veine cave et après avoir reçu une troisième coction en l'habitude du corps, est en fin converty en la propre substance de chaque partie.

Les excremens de la première coction contenus au gros intestin sont poussés dehors par le siège. De la seconde coction naissent trois excremens, la serosité envoyée des roignons dans la vessie, la cholere portée de sa vésicule dans les boyaux et la mélancholie attirée par la rate. De la troisiesme coction provient la sueur avec l'ordure qui sort par le pertuis du cuir.

La *generation* des animaux se fait de la semence du masle et de la femelle descendue de toutes les parties du corps, et jettée pendant la copulation dans la matrice, où, estant retenüe, l'esprit enclos dedans doué d'une vertu alteratrice et formatrice la change incontinent et en forme l'embryon. Mais, incontinent après que les premiers linéamens sont pourtraicts, le sang menstrual venant à la matrice parachève le crayon des parties esbauchées.

La semence est définie des anciens, un excrement bening de la tierce coction. Mais aucuns tiennent qu'elle est faite de pur sang de la veine cave et des esprits portez par les vaisseaux spermatics aux génitoires, où par coction, elle acquiert la blancheur, consistance et perfection.

Le sang menstrual est un excrement du dernier aliment des parties charneuses, employé à la génération et nourriture de l'animal et la matrice. Les masles n'y sont pas subjects ains seulement les femelles, pource qu'elles sont de tempérament froid, partant ont plus grand amas d'humeurs crües.

La purgation menstruale abonde plus aux femmes qu'aux autres femelles, pour ce qu'aux autres femelles cette humeur excrementeuse se convertit en poils, ou en cornes, ou en plumes, ou en escailles, ou autres armures du corps.

(A suivre).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Patente des médecins. Clinique et maison de santé

Tous les médecins, qui exercent effectivement la médecine, sont assujettis à la patente : nul ne l'ignore parmi nos lecteurs. Mais ce que d'aucuns ignorent peut être, ce sont les règles d'après lesquelles est « assise », est fixée la patente de chaque médecin en particulier. Quelques indications à cet égard ne seront probablement pas sans intérêt. Elles permettront à chacun de vérifier si le chiffre de sa patente est trop élevé ou trop faible. Elles feront en outre mieux comprendre la portée de l'arrêt du Conseil d'Etat, en date du 10 mars 1899, sur lequel nous voudrions appeler l'attention.

Les médecins ont été soumis à la patente, pour la première fois, par la loi du 3 frimaire an VII. Ils en avaient été affranchis par la loi du 25 avril 1844, mais ils y ont été de nouveau assujettis par la loi du 18 mai 1850, dont les dispositions sur ce point ont été maintenues par les lois des 15 juillet 1880 et 28 avril 1893.

Or, la patente est composée de deux éléments, un droit fixe et un droit proportionnel; le droit fixe, qui est établi d'après l'importance relative de la profession, le droit proportionnel, qui varie suivant l'importance des locaux occupés par le patenté. Telle est la règle. Par exception, il est des patentables qui ne paient pas de droit fixe et sont uniquement soumis au droit proportionnel. Parmi eux figurent les médecins.

Pour le médecin l'impôt de la patente consiste donc en un droit proportionnel, proportionnel à la valeur locative des locaux imposables.

Quelle est la proportion ? D'ordinaire, le droit est du quinzième de la valeur locative. Toutefois, à ce principe, la loi du 28 avril 1893 art. 5 a apporté une aggravation pour certains médecins, en élevant le taux de leur patente du quinzième au douzième. Les médecins placés par la loi de 1893 dans cette situation.... privilégiée sont : 1° ceux qui, exerçant leur profession à Paris, occupent, soit dans cette ville, soit ailleurs, de locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 4.000 fr.; 2° ceux qui, exerçant leur profession dans une autre ville de plus de 100.000 âmes, occupent, soit dans cette ville, soit ailleurs des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 2.000 francs.

Quels sont ces locaux imposables, sur la valeur locative desquels est calculé le quinzième ou le douzième d'après lequel se chiffre la patente ? Pour le patentable, en général, les locaux dont on tient compte sont : sa maison d'habitation, puis les magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers et autres locaux servant à l'exercice de la profession à raison de laquelle il est imposé. Pour le médecin, en particulier, les locaux imposables seront : sa maison d'habitation, puis les locaux qui lui servent à l'exercice de sa profession. Telle est la formule générale, que nous préciserons tout à-l'heure.

Enfin, comment détermine-t-on la valeur locative des locaux imposables ? C'est parfois en consultant les locaux authentiques ou les déclarations de locations verbales, parfois en comparant les locaux imposables à d'autres locaux analogues dont le loyer aura été régulièrement constaté, parfois en s'en rapportant à la notoriété publique, parfois si ces bases manquent, en se livrant à une appréciation directe et spéciale, le tout, suivant que le médecin est propriétaire ou locataire des locaux imposables, ou selon les circonstances.

Ces règles générales étant rappelées, revenons à celle d'après laquelle les locaux imposables sont ceux qui servent à l'habitation et à l'exercice de la profession du médecin, pour signaler l'application qui vient d'en être faite par le Conseil d'Etat dans une hypothèse spéciale. Aussi bien la solution consacrée

intéresse-t-elle le corps médical tout entier, ce qui explique les polémiques dont elle a fait l'objet dans la presse entière.

Les circonstances qui ont motivé le recours à notre plus haute juridiction administrative sont indiquées par l'arrêt dans les termes suivants : « Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur VIGNES, qui exerce à Paris, rue Cambon, n° 46, la profession de médecin, possède rue Dauphine, n° 18, un établissement dans lequel il donne des consultations et reçoit des pensionnaires qui y sont nourris et logés moyennant une rémunération; qu'ainsi ledit établissement, tout en donnant lieu à l'exploitation d'une maison particulière de santé, fait partie des locaux dont se sert le sieur VIGNES pour l'exercice de la profession de médecin; — Considérant que le requérant se livre à l'exercice des deux professions dont il s'agit dans le même établissement, mais dans des locaux distincts; que, par suite, il aurait dû être imposé au droit fixe de patente comme tenant une maison particulière de santé, et aurait dû payer pour chaque local le droit proportionnel attribué à la profession qui était spécialement exercée. »

En deux mots, le Docteur VIGNES possède un établissement consacré pour partie à une clinique et pour partie à une maison de santé. Comment doit être calculé le chiffre de sa patente ?

L'administration prétendait qu'il y avait lieu de fixer le droit au douzième de la valeur locative de l'établissement tout entier, sans distinguer entre les locaux servant aux consultations à la clinique, et les locaux réservés à la maison de santé. Elle considérait que l'établissement tout entier était afférent à la profession de médecin, ce qui entraînait l'application du taux établi par la loi du 28 avril 1893 précitée. Sur la réclamation du Docteur VIGNES, le Conseil de Préfecture de la Seine avait donné raison à l'Administration.

Le Conseil d'Etat, au contraire, disséqua la situation du Docteur VIGNES. Le Docteur VIGNES cumulait en effet, — aux yeux du Conseil d'Etat, — deux professions distinctes : la profession de médecin donnant des consultations (gratuites en l'espèce) dans une clinique, puis la profession de propriétaire-directeur d'une maison de santé. Chacune de ces professions se trouvait être assujettie à la patente; pour chacune de ces professions, les bases de la patente se trouvaient être différentes. Conclusions : de même qu'à chaque maladie son remède, de même à chaque profession sa patente.

Voilà comment au Docteur VIGNES, considéré comme médecin tenant une clinique, le Conseil d'État décida d'imposer une patente calculée au taux du douzième d'après la valeur locative de la partie des locaux destinés à la clinique, c'est-à-dire « servant à l'exercice de la profession de médecin. »

Voilà comment au Docteur VIGNES, considéré comme un particulier quelconque tenant une maison de santé, le Conseil d'Etat décida d'imposer une patente comprenant deux droits : 1° un droit fixe (attendu que la dispense du droit fixe ne s'applique qu'au médecin), et 2° un droit proportionnel calculé au taux du cinquantième (et non plus du quinzième, comme pour les médecins en général), d'après la valeur locative de la partie des locaux qui constituait la maison particulière de santé. En conséquence :

« Le Conseil d'Etat : — Décide : Art. 1er. Le sieur VIGNES sera imposé au rôle de la contribution des patentes dans la ville de Paris, pour l'établissement sis rue Dauphine, 18, en qualité de médecin, au droit proportionnel calculé au taux du douzième, d'après une valeur locative de 1.275 fr. et comme tenant une maison particulière de santé; au droit fixe et au droit proportionnel du cinquantième, d'après une valeur locative de 1.225 fr. — Art. 2. Il est accordé au sieur VIGNES décharge de la différence entre la contribution à laquelle il avait été primitivement assujetti et celle dont il demeure passible en vertu de la présente décision. » — Comme fiche de consolation : « Art. 4. Il est fait remise au sieur VIGNES des frais de timbre exposés par lui jusqu'à concurrence de la somme de 2 fr. 40 » ! — « Art. 5. Le surplus des conclusions de la requête est rejeté ».

Il semble que le Docteur VIGNES avait fait valoir, dans sa requête, que les consultations qu'il donnait dans sa clinique étaient gratuites. Mais il ne pouvait espérer faire revenir le Conseil d'Etat sur sa jurisprudence d'après laquelle, pour asseoir la patente, il y a lieu de considérer uniquement l'exercice de la profession, sans tenir compte des bénéfices que cet exercice peut procurer au patentable. J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Décret concernant le doctorat en médecine

L'*Officiel* du 30 juillet contient un décret relatif aux examens du doctorat en médecine, sur lequel il faut appeler l'attention :

Article premier. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre la première Inscription :

Soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Soit, avec dispense du baccalauréat (lettres-philosophie), les quatre certificats d'études supérieures, ci-après désignés, délivrés par une faculté des sciences.

Physique, chimie, botanique, zoologie ou physiologie générale.

Art. 2. — Les examens en vue du doctorat en médecine portent sur les matières suivantes :

Premier examen : Epreuve pratique : Dissection.

Épreuve orale : Anatomie, moins l'anatomie topographique.

2e examen : Épreuve orale : Histologie, physiologie, y compris la physique et la chimie biologique.

3e examen. 1re partie. Épreuve pratique : Médecine opératoire et anatomie topographique.

Épreuve orale : Anatomie topographique, pathologie externe; accouchements.

2e partie : Épreuve pratique : anatomie pathologique.

Épreuve orale : Pathologie générale, parasites animaux, végétaux, microbes, pathologie interne.

4e examen ; Épreuve orale. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie avec les applications des sciences physiques et naturelles.

5e examen : 1re partie : Clinique externe.

Clinique obstétricale.

2e partie. — Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Les épreuves pratiques sont éliminatoires.

En cas d'échec à l'épreuve orale consécutive à l'épreuve pratique, le bénéfice de l'épreuve demeure acquis.

Art. 4. — A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de 3 mois au premier échec. A chaque nouvel échec, à la même épreuve, cette durée est augmentée de 3 mois.

Il ne peut être accordé d'abréviation de délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve.

Ces dispositions ne sont pas applicables à l'épreuve pratique de médecine opératoire (1re partie du 3e examen), pour laquelle la durée du délai d'ajournement est fixée à 6 semaines.

Art. 5. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes :

Boule blanche............	Très bien.
Boule blanche-rouge......	Bien.
Boule rouge	Assez bien.
Boule rouge-noire	Médiocre.
Boule noire	Mal.

Pour les examens à matière unique (1er examen, 2e partie du 3e examen et 5e examen, régime de 1893) est ajourné tout candidat qui a mérité deux boules noires. Deux rouges-noires équivalent à une boule noire.

Pour les examens à matières multiples (2e examen, 1re partie du 3e examen et 4e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité une boule noire, pour une des matières de l'examen.

L'ajournement ne porte que sur cette matière, et, dans ce cas, il est d'une durée de six semaines.

Art. 6. — Les dispositions du présent décret seront mises à exécution à dater de juillet-août 1899.

Art. 7. — Sont abrogées les dispositions de l'article 4 du décret du 26 décembre 1871 contraires à celles du présent décret. Sont également abrogés les articles 2 et 4 du décret du 31 juillet 1893.

Art. 8. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Médecine militaire (Réserve)

Dans le décret en date du 15 août 1899, rendu par le Président de la République sur la proposition du Ministère de la Guerre, nous relevons les nominations suivantes :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve : M. Edouard Lefort, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve : MM. les Docteurs Pel, Henri Douriez, Castellant, Druon, Goidin, Caplet, Georges Duval.

Voyage d'Etudes médicales aux Eaux minérales

Le voyage qui aura lieu du 2 au 13 septembre, sous la direction de M. le professeur Landouzy, comprendra : Néris, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol (sanatorium), Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Laney, Saint-Honoré, Pougues.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence à la première station, Néris, comme pour retourner chez soi au départ de la dernière station, Pougues.

De Néris à Pougues, prix à forfait : 200 francs pour tous les frais de chemins de fer, excursions en voiture, hôtels, nourriture, transport de bagages, pourboires.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

33e semaine, du 13 au 19 aout 1899

Age des personnes décédées a Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	11
3 mois à un an	17	14
1 an à 2 ans	3	5
2 à 5 ans	4	6
5 à 10 ans	3	»
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	4	5
40 à 60 ans	5	6
60 à 80 ans	6	12
80 ans et au-dessus	1	4
Total	53	67

Causes principales de décès — Répartition des décès par quartier

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	»	»	1	»	»	2	7	2
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	4	4	»	»	1	1	»	»	»	»	2	14	9
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	2	»	11	1	»	1	»	»	»	»	»	6	23	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	13	»	»	1	»	»	»	»	»	6	20	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	3	»	»	3	3	1	»	»	»	8	22	7
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	11
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	8
Fives, 24,191 hab.	»	2	»	»	»	1	»	1	»	»	4	1	»	2	»	»	»	»	»	4	15	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5
Total	»	5	»	»	»	2	»	4	3	6	47	3	1	10	4	1	1	»	»	33	120	114

N° 138. Troisième Année, N° 36. Le Numéro : **10** centimes. 3 Septembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Souillures et Microbes du sol

par **E. Arnould** et **H. Surmont** (1).

Le sol reçoit les cadavres des plantes et des animaux, ainsi que les excrétions de ces derniers et les résidus multiples de l'existence des familles humaines : soit une masse énorme de matière organique naturellement vouée à une décomposition dont les différentes modalités possibles intéressent au plus haut point l'hygiène, puisque les souillures peuvent créer au sein des milieux extérieurs des conditions défavorables, même d'une façon banale, non spécifique à l'homme. Or la disparition plus ou moins prompte des souillures organiques du sol, la nature du processus suivant lequel s'opère leur transformation en éléments capables ou non d'exercer une action nuisible, dépendent de la présence et de l'activité de certaines espèces de microbes habitant les premières couches terrestres. Après avoir étudié la manière dont les matières organiques résiduaires pénètrent et se répartissent dans le sol, nous aurons donc à décrire parallèlement la distribution et les conditions de la vitalité des microbes susceptibles de les détruire.

(1) Extrait du *Traité d'hygiène* du Pr J. ARNOULD), 4e édit. (sous presse)

A côté de ces germes prennent place soit habituellement soit accidentellement les agents essentiels des maladies infectieuses qui représentent la souillure *spécifique* du sol. Leurs rapports avec ce milieu, les circonstances qu'ils y peuvent rencontrer et qui décident de leur conservation ou de leur destruction, qui permettent ou non leur véhiculation à travers les terrains et leur transmission plus ou moins directe à l'homme, offrent au point de vue de l'étiologie une importance capitale.

PÉNÉTRATION ET DISTRIBUTION DE LA MATIÈRE ORGANIQUE DANS LE SOL. — La matière organique arrive surtout au sol par sa surface; si cette matière est à l'état de masses solides, et tant qu'elle y reste, elle ne peut guère pénétrer dans l'intimité des terrains, à moins qu'on ne l'y enfonce artificiellement. Il n'en va plus de même du moment où, très divisée, elle se trouve en suspension ou dissoute dans un liquide. Toutefois, son entraînement vers la profondeur est alors limité par les propriétés du sol qui régissent la pénétration de l'eau à travers ses différentes couches, plus spécialement par les phénomènes physiques d'adhésion moléculaire en ce qui concerne les matières en suspension, par les phénomènes physico-chimiques très analogues aux précédents et décrits sous le nom de *pouvoir absorbant* du sol, en ce qui concerne les substances dissoutes.

Nous avons déjà indiqué comment l'attraction et l'adhésion moléculaires réussissaient à fixer aux parois des méats capillaires les particules organiques

en suspension dans l'eau, alors même que les dimensions des pores du terrain ne semblaient pas devoir faire obstacle au passage de ces particules ; leurs chances d'être arrêtées ne sont augmentées par l'étroitesse des méats que parce que cette disposition multiplie les chances de contact avec les parois, grâce soit au développement de ces dernières, soit à la lenteur de circulation du liquide vecteur. Une augmentation d'épaisseur du terrain produirait le même effet et pourrait suppléer à un défaut de finesse des pores.

Lorsque l'eau contenant en dissolution soit de la matière organique complexe, soit un sel, vient mouiller le sol, les éléments de celui-ci, grâce à la porosité, lui offrent, sous un volume relativement faible, une vaste surface de contact, et le degré de concentration de la matière organique ou du sel dans l'eau s'élève ou s'abaisse, les éléments mouillés retenant de préférence tantôt la matière organique ou le sel, tantôt l'eau. L'état d'équilibre qui s'établit alors entre la solution et le corps solide dépend de la température et plus encore de la durée du contact ainsi que du degré de concentration de la solution primitive. Si on remplace par une solution plus concentrée celle qui vient d'imprégner la terre, la nouvelle solution cède aussi du sel à la couche aqueuse adhérente aux éléments du terrain ; si, au contraire, on emploie de l'eau pure, c'est cette couche aqueuse adhérente qui cédera au nouveau liquide une partie du sel qu'elle avait immobilisé.

Dès lors si une solution saline pénètre dans le sol et que celui-ci retienne le sel de préférence à l'eau, la liqueur s'appauvrit à mesure qu'elle chemine et rencontre des couches neuves avides de la substance dissoute, jusqu'à ce que le terrain ayant été saturé sur toute son épaisseur, la concentration du liquide qui s'écoule finalement reste constante. Mais si de l'eau pure vient à traverser ce terrain, le sel qui s'y trouve emmagasiné est entraîné au bout d'un temps plus ou moins court suivant l'énergie de l'adhésion des éléments solides à la substance absorbée.

Tel est, en résumé, d'après Duclaux, le *schéma* des phénomènes qui représentent le *pouvoir absorbant* du sol, que l'on pourrait appeler son *pouvoir sélectif*. Il a été observé dès le siècle dernier par Bronner qui, faisant passer du purin au travers de la terre de jardin, constatait que le liquide sortait de là décoloré et désodorisé. Malgré les apparences, il ne s'agit là que d'actions de contact analogues à celles qui fixent une matière colorante sur un tissu, et fort instables d'ailleurs, surtout au voisinage de l'état d'équilibre, si bien que les moindres causes suffisent à renverser le jeu de ces phénomènes.

Dans la nature le pouvoir absorbant du sol vis-à-vis de la matière organique dissoute dans l'eau a pour effet de ne pas permettre en général à cette matière de dépasser les couches superficielles du sol ; car leur masse est si grande, relativement à la quantité de matière organique, que celle-ci ne peut guère les saturer sur une bien notable épaisseur et les rendre ainsi incapables d'absorption. Ainsi Schlœsing constatait les proportions ci-après de matière organique carbonée et azotée dans un kilogramme de terre des champs d'irrigation de Gennevilliers :

	Carbone organique	Azote organique
A la surface	22 milligr.	2 milligr., 8
A 0,50 de profondeur.	8,3	1,1
A 1 mètre	6,1	1,0

En sorte que « au bout de quelques mètres de trajet souterrain, l'eau de purin la plus concentrée, l'eau d'égout la plus chargée, sont devenues limpides » (Duclaux). D'où la pureté des nappes souterraines quand elles sont protégées par un sol de nature et de structure convenables.

En effet, les divers éléments du sol n'agissent pas de la même façon vis-à-vis des substances dissoutes dans l'eau. Les corps colloïdaux ont, toutes choses égales d'ailleurs, la plus grande puissance absorbante : le premier rang à cet égard appartient à l'humus : viennent ensuite les marnes, puis bien après le calcaire poreux et enfin le sable.

Il n'y a pourtant pas de relation à établir entre le pouvoir absorbant et la perméabilité. En revanche, la profondeur à laquelle pénètrent les substances dissoutes dépend, jusqu'à un certain point, non seulement de la nature du terrain, mais aussi de sa porosité, c'est-à-dire du développement des surfaces absorbantes déterminant ici comme dans le cas des particules en suspension une augmentation des chances de contacts et prolongeant en outre la durée de ces contacts. Par suite, comme l'a remarqué Hoffmann, un sol à grands pores n'est jamais relativement aussi souillé qu'un sol à pores fins.

D'autre part, ce sont les substances les plus solubles qui pénètrent le plus profondément dans le sol, les moins solubles ou les plus colloïdales étant retenues plus près de la surface. C'est ainsi que la matière or-

ganique est d'autant mieux absorbée par les couches arables superficielles que sa constitution est plus complexe (peptones provenant des substances albuminoïdes, dextrines et gommes provenant des substances ternaires) ; au contraire, à mesure qu'elle se dégrade, elle est plus aisément entraînée par l'eau dans la profondeur, voire jusqu'à la nappe souterraine, comme il arrive en fin de compte pour les nitrates et les nitrites. On y voit aussi parvenir volontiers, en même temps que les chlorures, la magnésie, la chaux, la soude, enlevées aux couches sus-jacentes qui retiennent par contre l'acide phosphorique, la potasse, et à partir d'une certaine distance de la surface, l'ammoniaque.

Pénétration et distribution des microbes dans le sol. — La pénétration dans le sol des microbes entraînés par l'eau ne saurait s'accomplir autrement que celle des particules organiques en suspension dans un liquide vecteur. Elle se trouve donc régie par la capacité et la perméabilité des terrains pour l'eau ; et ce sont toujours les phénomènes d'adhésion moléculaire déjà décrits qui interviennent pour immobiliser les microbes, comme les particules organiques, le long des parois des pores du sol. Il doit naturellement en résulter aussi que, d'une part, les microbes seront surtout abondants au niveau des couches terrestres superficielles, à condition qu'elles offrent uniformément la finesse de grains nécessaire, et que, d'autre part, le nombre de ces germes ira en diminuant très vite à mesure que l'on aura affaire à des couches de terrain plus profondes.

C'est en effet à cette constatation générale qu'ont abouti d'abord les recherches relatives à la bactériologie du sol, depuis celles de Koch (1881) qui prouvaient l'extraordinaire richesse microbienne des couches voisines de la surface en même temps que la rareté des germes à partir de 1 ou 2 mètres de profondeur. D'après Fraenkel, J. Reimers, la diminution n'est pas progressive mais se manifesterait tout à coup vers 1m,25 environ pour se poursuivre ensuite si rapidement que les ensemencements faits avec des échantillons de terre recueillis à 4 où 5 mètres de profondeur, parfois dans la zone de la nappe souterraine, ne donnent plus ou très peu de colonies : notions fort importantes au point de vue des chances de protection des eaux souterraines vis-à-vis des souillures microbiennes.

L'examen bactériologique du sol est chose délicate. Il s'agit de prélever un échantillon à la profondeur voulue sans le mélanger à la terre d'autres niveaux, puis d'opérer sans délai les ensemencements en s'efforçant de séparer aussi exactement que possible les germes de leur support solide afin d'obtenir des colonies bien isolées et très visibles. Dans ce but, Fraenkel recueille l'échantillon au moyen d'un perforateur en acier dont l'extrémité inférieure est creusée latéralement d'une cavité fermée par un volet pendant qu'on enfonce l'instrument; celui-ci étant arrivé à la profondeur voulue, on ouvre le volet, on remplit la cavité en faisant tourner le perforateur que l'on retire enfin après avoir refermé le volet. On prend alors dans la cavité de l'instrument, avec une cuiller de platine de capacité connue, un demi-centimètre cube de terre ; on dilue dans la gélatine, dont on fait soit des tubes d'Esmarch, soit des plaques ou mieux des boîtes de Pétri. Il ne reste plus qu'à compter ultérieurement les colonies qui se développeront.

Cette méthode, la meilleure connue, ne saurait cependant conduire, comme le dit Duclaux, qu'à des résultats très incomplets et très contingents. D'abord elle ne permet pas de cultiver les microbes anaérobies et ne nous renseigne que sur les aérobies ; ensuite elle n'offre qu'un seul milieu nutritif aux germes si variés du sol qui exigent justement, ainsi que nous l'exposerons plus loin, des milieux nutritifs très divers ; les germes nitrificateurs, entre autres, ne se développent pas ; enfin, comme on est obligé d'attendre plusieurs jours la formation de certaines colonies tardives, on peut voir toute la numération rendue illusoire par l'apparition précoce de colonies liquéfiantes de la gélatine.

Aussi les chiffres obtenus par des auteurs différents ne sont-ils point du tout comparables, et ceux d'un même auteur ne possèdent-ils qu'une valeur toute relative.

Sous ces réserves voici maintenant quelques-uns des résultats de Fraenkel, qui s'était d'ailleurs rendu compte d'une partie des défauts des observations faites avant les siennes :

	Nombre de germes par centimètre cube		
Profondeur	Sol de forêt.	Sol de jardin.	Sol de maison.
0m	150.000	450.000	160.000
0.50	200.000	300.000	40.000
1	2.000	150.000	10.000
1.50	15.000	80.000	»
2	2.000	200.000	6.000
2.50	500	700	»
3	3.000	100	600
3 50	0	»	»
4	0	»	»

D'après Duclaux, ce que nous savons d'une part de la concurrence vitale entre les espèces microbiennes, d'autre part des conditions de milieu réalisées dans les premières couches profondes soi-disant stériles, permet de penser que ces couches sont peuplées de bactéries nitrifiantes notamment qui y pullulent et par cela même en interdisent à peu près l'accès aux germes d'autre genre, susceptibles de se développer dans nos gélatines.

C'est que la distribution des microbes au sein de la terre n'est pas seulement parallèle *quantitativement* à celle de la matière organique (grâce surtout aux actions physiques exercées par des terrains), mais aussi *qualitativement*. En autres termes la richesse microbienne du sol est proportionnelle à sa souillure, et la qualité de celle-ci détermine la nature des germes qui se rencontreront dans telle ou telle couche. Ce dernier fait s'explique sans difficulté : la matière organique dont le sol est imprégné sert d'aliment aux germes qui l'habitent ; il s'en suit que là où se trouvera la matière organique la plus complexe, c'est-à-dire, en raison de ses propriétés colloïdales, dans les couches superficielles, se multiplieront les germes susceptibles de se nourrir de cette matière, qui prospèreront aussi dans nos gélatines et nos bouillons ; au contraire, au niveau des couches un peu plus profondes où parvient presque uniquement la matière organique déjà dégradée bien soluble sous forme d'ammoniaque, ne pulluleront que les microbes nitrificateurs, seuls capables de se contenter d'une nourriture si pauvre.

Le pouvoir absorbant des couches terrestres est donc finalement le facteur essentiel de la composition de la flore microbienne de chacune de ces couches, laquelle se règle d'après la constitution du milieu nutritif réalisé aux différents niveaux par la fixation de la matière organique à ses divers stades de dégradation.

Au surplus le parallélisme de cette double distribution de la matière organique et des microbes, mettant en présence et en contact étroit chaque espèce et l'aliment le mieux adapté à ses besoins, favorise singulièrement les transformations successives par action microbienne de la matière organique sous ses multiples formes. Dès lors on s'explique sans peine l'intensité que peuvent acquérir dans certaines conditions ces phénomènes si importants.

Transformation des souillures du sol. — « *La terre est quelque chose de vivant* », a dit M. Berthelot, exprimant ainsi à la fois l'importance et la nature fondamentale des actions qui font du sol le laboratoire de destruction de la matière organique qu'il immobilise grâce à son pouvoir absorbant à mesure que, préalablement dissociée et liquéfiée dès la surface par des microbes saprophytes, elle pénètre dans son sein. Cette destruction s'opère essentiellement par *oxydation* aux dépens de l'oxygène de l'air et sous l'influence d'une série de ferments distincts qui transforment le carbone en acide carbonique, l'azote en ammoniaque, l'ammoniaque en acide nitreux (ou azoteux), puis en acide nitrique (ou azotique) ; la combinaison de ces acides avec des bases salifiables donne les nitrites et les nitrates, dernier terme des régressions de la substance azotée par l'intermédiaire desquelles la matière organique morte et putréfiable se minéralise, devient imputrescible et propre à être absorbée par les végétaux pour reprendre place dans les tissus vivants.

Tel est le principe de l'épuration spontanée du sol : phénomène merveilleux dont la continuité et l'intensité dans des conditions aujourd'hui assez nettement définies permet au sol de servir pour ainsi dire d'une façon illimitée de réceptacle aux souillures organiques, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine ou le mode d'apport, sans que l'on ait à craindre la formation de foyers putrides d'une redoutable insalubrité.

En ce qui concerne la production d'ammoniaque dans le sol aux dépens de la matière organique, A. Muntz et H. Coudon ont conclu de leurs expériences que l'on ne pouvait l'attribuer à des actions purement chimiques et qu'il fallait y voir l'œuvre exclusive de microorganismes très divers. Ce serait là une fonction banale commune à plusieurs moisissures, micrococques et bacilles. Parmi ces derniers le *Bacillus mycoïdes* des auteurs allemands paraît toutefois témoigner d'une aptitude particulière à provoquer activement l'oxydation des éléments de l'albumine ; le carbone se transforme sous cette influence en acide carbonique ; le résidu est de l'ammoniaque avec quelques produits secondaires, leucine, tyrosine, acides gras, eau. Une température voisine de 30°, une large aération, une légère alcalinité du milieu, une faible concentration des solutions de peptones, représenteraient, d'après E. Marchal, les circonstances les plus favorables au bacille en question.

Pour Dehérain et Demoussy il y aurait bien une oxydation purement chimique de la matière organique,

mais très faible à froid et ne s'accroissant qu'à peine avec l'élévation de la température.

La perméabilité plus ou moins grande des terrains à l'air détermine des variations très considérables dans la quantité de CO^2 produit, encore que WOLLNY ait démontré que l'oxydation du carbone était liée à l'activité de certains microbes, car il ne se dégage presque plus d'acide carbonique d'une terre stérilisée par la chaleur.

L'aération ne joue pas toujours dans la formation de l'ammoniaque un semblable rôle. La combinaison de l'azote et de l'hydrogène peut s'effectuer aux dépens des matières végétales qui s'accumulent dans les sols humides et très peu aérés des tourbières, prairies, forêts. BRÉAL observe même que non seulement de l'ammoniaque apparaît dans ces conditions, mais encore que les végétaux ainsi enfouis sont susceptibles de propager la fermentation ammoniacale à d'autres substances azotées, notamment à l'humus qui les entoure et dont la richesse en azote est due en grande partie à des emprunts faits à l'immense réservoir de cette substance que représente l'atmosphère. Ce dernier phénomène reconnaît d'ailleurs lui aussi pour cause une action microbienne (BERTHELOT). Quant au reste de l'azote combiné de l'humus, il provient de l'ammoniaque dont nous venons d'indiquer le mode de formation et qui, à défaut d'une proportion d'oxygène suffisante dans le sol, est consommé peu à peu par des champignons fort abondants en pareil cas: le développement des propres tissus de ces cryptogames aboutit ainsi à la création de nouvelle matière organique azotée.

La destinée de l'ammoniaque est généralement tout autre dans un sol bien aéré. C'est alors qu'apparaissent les nitrites et les nitrates dont la formation a été reconnue dès l'époque où l'on a commencé à répandre sur des terres les eaux d'égout renfermant beaucoup d'azote organique et d'ammoniaque, sans traces de nitrites ou de nitrates, et qui sortent des champs d'irrigation avec une proportion de ces deux derniers bien supérieure à celle que le sol pourrait leur fournir. FRANKLAND (1868) constatait dans l'eau d'égout, avant la filtration : azote organique 2,48 ; ammoniaque 5,58 ; azote nitrique 0 (p. 100,000 parties); après la filtration: azote organique, de 0,11 à 0,33 ; ammoniaque, de 0,11 à 0,62 ; azote nitrique, de 3 à 4. La nature microbienne de ce phénomène a été mise en lumière par SCHLŒSING et MUNTZ. Arrosant d'une dissolution très étendue d'ammoniaque un mélange stérilisé de sable et de craie placé dans un vase d'ailleurs très aéré, ces savants constatèrent qu'au bout de plusieurs semaines aucune trace d'ammoniaque n'était détruite ou convertie en nitrate. La nitrification s'effectuait au contraire en quelques jours si l'on ajoutait au sable et à la craie un peu de terre de jardin. Elle s'effectuait encore lorsque l'on arrosait avec de l'eau d'égout du sable quartzeux calciné au rouge ; on arrêtait en revanche cette transformation de l'azote organique et de l'ammoniaque en faisant arriver dans le sable des vapeurs de chloroforme qui évidemment agissaient sur des organismes nitrificateurs apportés par l'eau d'égout. Les antiseptiques produisent le même effet d'arrêt.

Le *ferment nitreux* et le *ferment nitrique*, le premier qui donne naissance à l'acide nitreux et aux nitrites, le second qui, en oxydant les nitrites, aboutit à l'acide nitrique et aux nitrates, ont été découverts par WINOGRADSKY. Ce sont des germes aérobies existant dans toutes les terres cultivées ou non, et surtout abondants à une faible distance de la surface, d'après WARINGTON. Selon RIGLER leurs effets se font sentir au maximum vers 0m50 de profondeur et offrent une marche d'autant plus rapide que le sol est souillé. Ces microbes ne sauraient agir vis-à-vis de la matière organique non décomposée, encore que l'ammoniaque ne soit pas la seule forme nitrifiable de l'azote, mais seulement celle qui est susceptible de fournir en un temps donné la plus grande quantité d'azote nitrique : et le ferment nitrique, pour sa part, ne semble capable que de compléter l'oxydation déjà commencée par le ferment nitreux. Naturellement il y a d'autant moins d'ammoniaque dans une terre que la nitrification y est plus intense. Or, en outre de la présence de matière azotée nitrifiable et d'une base salifiable, l'activité des ferments nitrifiants est subordonnée à un assez grand nombre de conditions. La plus importante de toutes est l'accès dans le sol de l'air apportant l'oxygène nécessaire au développement et aux fonctions physiologiques des germes en question ; d'où, d'après DEHÉRAIN, l'explication de l'influence si favorable sur la nitrification de la culture qui, en ameublissant la surface terrestre, prévient sa compacité, détruit le tassement parfois consécutif aux pluies et aux irrigations abondantes. Un excès de CO^2 dans l'air du sol entrave la nitrification. Il en est de même d'un excès d'eau faisant obstacle à la circulation de l'air comme

cela s'observe souvent dans les terres fortes, très argileuses ; à plus forte raison les germes nitrifiants cessent-ils d'agir quand les couches où ils se trouvent sont envahies par la nappe souterraine lorsque le niveau de celle-ci s'élève ; toutefois une certaine humidité est indispensable au processus d'oxydation de l'ammoniaque qui languit ou s'arrête totalement si la terre est trop sèche, par exemple, lorsqu'elle contient moins de 5 °/₀ d'eau ; selon DEHÉRAIN, la proportion d'eau la plus favorable serait comprise entre 10 et 15 °/₀. La température ne doit guère descendre au-dessous de 12°, le point *optimum* se trouvant vers 37°. Enfin il faut un milieu alcalin : les ferments sont gênés par l'acidité qu'ils produisent et ne fonctionnent bien qu'en présence d'un carbonate alcalino-terreux, maintenant l'acidité du milieu à une valeur très faible.

Au surplus les divers facteurs de l'activité des microbes nitrifiants se renforcent réciproquement quand ils interviennent tous dans une bonne proportion ; à vrai dire, dans la nature, ce n'est pas toujours le cas, et les facteurs peuvent se contrarier. Aussi la nitrification est-elle ordinairement assez lente et volontiers inférieure aux résultats de SCHLŒSING d'après lesquels, dans les meilleures conditions d'aération de température et d'humidité, 200 gr. de terre nitrifieraient 4 à 8 milligrammes d'azote par jour.

On peut même admettre avec WOLLNY que, d'une façon générale, les transformations des matières organiques dans le sol sont quantitativement et qualitativement réglées par celui des facteurs de l'activité microbienne qui intervient avec la moindre intensité. Du moins, la chose se vérifie-t-elle pour l'oxygène dont la présence conditionne le processus d'oxydation du carbone et de l'azote organique, tandis que son absence entraîne l'apparition de phénomènes putréfactifs avec processus réducteur.

La caractéristique de ce dernier mode de décomposition de la matière azotée est la formation d'hydrogène sulfuré ou carboné, d'acides divers, d'amines, d'indol, de scatol, enfin de ptomaïnes ou toxines plus ou moins dangereuses.

Ces substances, dont beaucoup sont mal odorantes, prennent d'habitude lentement naissance sous l'influence de microbes pour la plupart *anaérobies*, qui ont été signalés d'abord par DEHÉRAIN et MAQUENNE, GAYON et DUPETIT, etc. Bien que les couches terrestres relativement superficielles paraissent d'ordinaire assez aérées, il peut se rencontrer dans certaines de leurs innombrables cavités des atmosphères partielles privées d'oxygène où se développent les anaérobies qui empruntent aux matériaux nutritifs eux-mêmes le peu d'oxygène qu'ils contiennent. Au reste la privation d'oxygène n'est pas toujours complète dans des cas où l'on constate cependant une dénitrification. Aussi BURRI et STUTZER ont isolé deux microbes dénitrifiants, dont l'un, *B. denitrificans* II, est paralysé par une aération généreuse, mais dont l'autre, *B. denitrificans* I, fonctionne parfaitement dans ces conditions; ce microbe, il est vrai, ne saurait que décomposer les nitrites formés aux dépens des nitrates, grâce au *B. coli* H. WEISSENBERG). D'autres micro-organismes qui jouent un rôle dans la transformation des souillures organiques du sol seraient tantôt aérobies, tantôt anaérobies et jouiraient, selon le cas, de propriétés différentes. Par exemple, au dire de E. MARCHAL, le *B. mycoïdes* que nous avons décrit comme un ferment ammoniacal aérobie, agissant par oxydation, pourrait aussi devenir anaérobie et dénitrifiant en l'absence d'oxygène : il dégagerait alors de l'ammoniaque, en réduisant les nitrites et les nitrates.

Enfin BRÉAL a démontré l'existence, sur les débris végétaux, d'un organisme aérobie, celui-là, qui décomposerait les nitrates en faisant entrer partiellement l'azote en combinaison organique ; il y aurait en même temps perte d'azote à l'état gazeux. On peut se demander si l'absence de nitrates dans les sols de prairies ou de forêts relativement aérés ne tiendrait pas à l'action de ce germe qui serait répandu sur les feuilles mortes, lesquelles sont douées d'un réel pouvoir dénitrificateur.

D'ailleurs la faible quantité de nitrates susceptible de prendre naissance dans un sol trop humide et peu aéré, tels que ceux dont nous venons de parler, se trouve volontiers la proie de moisissures très aptes à en détruire la plus grande partie.

Quant aux nitrates qui se forment en abondance dans les terres arables bien aérées et bien perméables, n'étant point retenus par le pouvoir absorbant, ils sont entraînés par les pluies et passent dans les eaux souterraines à moins qu'ils n'aient été assimilés par les végétaux. DEHÉRAIN a observé que c'étaient les premières pluies d'automne qui fournissaient les eaux de drainage les plus chargées de nitrates : c'est que ces pluies surviennent au moment où les terres cultivées sont dépouillées de végétation et où la chaleur de

l'été emmagasinée dans le sol y a rendu la nitrification très active. Mais d'ailleurs la végétation ne prend aucune part à l'épuration du sol souillé ; elle se borne à l'assécher dans une certaine mesure et à absorber les composés minéraux provenant de la destruction microbienne de la matière organique.

Microbes pathogènes dans le sol. — A côté des saprophytes dont nous venons d'exposer le rôle vis-à-vis de la matière organique, on trouve dans les couches les plus superficielles du sol et même parfois à une certaine profondeur des germes pathogènes pour l'homme extrêmement variés. Certains y sont régulièrement abondants comme si c'était là leur milieu normal : tels le *vibrion septique* ou *Bacille de l'œdème malin* et le *Bacille du tétanos* dans la terre de jardin et celle des champs. D'autres ne s'y rencontrent que d'une façon sans doute accidentelle, transitoire, encore que l'on puisse penser avec Duclaux que les germes de toutes les maladies sont constamment présents dans la masse du sol où ils parviennent avec les excrétions des individus malades, tout au moins avec leurs cadavres : la question est de savoir comment ils se comportent au sein de ce milieu et quelles chances ils ont de donner lieu ultérieurement à de nouveaux cas de maladie. Au surplus la virulence est en somme chez les microbes un caractère contingent et il est permis aujourd'hui d'admettre que certaines affections contagieuses ne reconnaissent pas toujours pour origine une infection humaine antérieure se transmettant par l'intermédiaire du sol, mais bien la prise de virulence dans des circonstances encore indéterminées de quelque germe compté jusque-là parmi les hôtes saprophytes de ce milieu et qui joue tout-à-coup le rôle d'agent morbigène. Tel serait le cas pour les *B. coli* entre autres, dont la présence dans le sol ne paraît d'ailleurs pas toujours en rapport avec une contamination par les excrétions de l'homme ou des animaux (Linarès, Kruse, etc.).

La répartition dans le sol des germes pathogènes ou susceptibles de le devenir est régie, comme celle des autres microbes, par les propriétés et les caractères spéciaux des couches considérées. Par suite, dans les terrains régulièrement poreux et à grains assez fins, ces germes sont arrêtés à peu de distance de la surface ; c'est là d'ailleurs qu'ils rencontrent la matière organique indispensable à leur nourriture, l'air oxygéné, enfin du moins pendant l'été, la température relativement élevée qui leur convient.

Au contraire, plus profondément, les microbes pathogènes ne sauraient jouir d'habitude de conditions propres à favoriser leur développement. La température n'y aide pas souvent, car elle est d'ordinaire inférieure à 16°. D'autre part on a observé depuis longtemps déjà que les espèces saprophytes, moins délicates, mieux adaptées au milieu, accaparent les substances nutritives du sol avec une énergie dont les germes pathogènes sont victimes (Miquel) ; Koch a essayé de cultiver la bactéridie charbonneuse dans le terreau, dans la terre riche en humus provenant des rives d'un fleuve, dans la vase, dans la boue mélangée d'eau : il n'a observé aucun développement. Praussnitz a fait des recherches dans le même sens et avec aucune espèce de terre, ni avec aucun fumier, il n'a obtenu de multiplication des bactéries pathogènes (Flugge). Schrakamp a pu constater un développement des bacilles du charbon dans une terre préalablement stérilisée et arrosée d'urine, de sang, de sérum, d'infusion de foin, sans compter les 3 à 4 gouttes d'urine renfermant les bacilles charbonneux ou leurs spores, qui servaient à l'ensemencement. Mais il est clair que cette expérience ne prouve rien pour un sol ordinaire, non stérilisé, où les saprophytes ont l'avantage, sans parler de l'accumulation de CO^2, antipathique aux bactéries pathogènes.

Ces germes se trouvent donc ordinairement en mauvais terrain dans le sol et ne sauraient s'y multiplier, sauf en certaines circonstances de temps et de lieu fort exceptionnelles. La question est bien plutôt de savoir combien de temps ils sont capables de résister aux causes de destruction accumulés autour d'eux et de se conserver.

Or il ne paraît pas que ce temps puisse être bien long, à moins d'avoir affaire à des germes pathogènes pouvant donner des spores, lesquelles se conserveraient pendant une longue série d'années dans la terre desséchée, ainsi que l'a observé Miquel, notamment pour les germes du tétanos ; mais encore faut-il que le défaut d'humidité, d'aération, de température convenables n'aient pas permis à ces spores de germer et de produire de nouveaux bacilles beaucoup plus fragiles et sans doute voués à une destruction rapide comme nous le montrerons plus loin : il est en outre nécessaire que la sporulation se soit accomplie avant la pénétration dans le sol où la température basse l'entraverait : ainsi Soyka n'a jamais vu le bacille charbonneux sporuler en terre au-dessous de 18°.

point auquel seule la couche superficielle peut atteindre durant la belle saison. L'observation de SOYKA vaut d'ailleurs probablement pour les autres bacilles pathogènes (DUCLAUX).

Dans les espèces où il ne saurait être question de spores la conservation des agents infectieux au sein de la terre paraît très limitée.

C. HÉJJA (cité par FODOR), à Klausenbourg, a trouvé que les cadavres de souris mortes du charbon, enterrées à 20 ou 30 centimètres de profondeur, ne donnaient pas pendant plus d'une semaine des bacilles charbonneux virulents ; qu'au bout de quinze jours, ces cadavres ne fournissaient plus matière à infection, bien que possédant encore des bacilles colorables. La terre au-dessous et autour des cadavres n'était pas infectante. ESMARCH a observé des faits analogues, qui à vrai dire seraient contredits par les expériences de PETRI, de même qu'ils paraissent en contradiction avec les recherches de PASTEUR. Cependant LOSENER, reprenant cette étude, a déclaré n'avoir trouvé du charbon virulent dans le sol au bout d'une longue période, un an par exemple, que là où il s'était produit des spores avant l'inhumation du cadavre en expérience.

Au dire du même auteur les bacilles de la tuberculose, toujours aisés à mettre en évidence vers le 60e jour de l'enfouissement des corps infectés, ne le sont plus guère vers le 95e, et pas du tout au-delà du 123e.

En ce qui concerne le microbe du choléra, PETRI ne le retrouve que 19 jours au plus dans les cadavres de cobayes enterrés après avoir été infectés par ce germe; LOSENER constate encore sa présence au bout de vingt-huit jours. Selon de GIAXA, à 1 m. de profondeur il succomberait en 4 jours à la concurrence des saprophytes dans un terrain non stérilisé quelle qu'en fût la nature.

La bacille typhique contenu dans les corps inhumés serait très rapidement détruit : PETRI ne l'a jamais retrouvé ; LOSENER y aurait réussi une fois, mais la signification de ce cas resta d'abord douteuse, le même savant ayant d'ailleurs rencontré, au sein des couches terrestres, des bacilles offrant tous les caractères du bacille typhique sans que l'on pût invoquer une contamination antérieure du milieu par des matières typhiques. La possibilité d'un pareil fait a été vérifiée et affirmée depuis par REMLINGER et SCHNEIDER qui, sur une dizaine d'analyses de terre de jardin superficielle ou profonde (1 m.), en dehors de toute épidémie, décèlent 4 fois par la méthode d'ELSNER le bacille d'EBERTH. Il s'ensuit que ce bacille devrait être compté au nombre des pathogènes normalement présents dans le sol, ce qui est gros de conséquences au point de vue épidémiologique, et oblige en tous cas à faire des réserves sur l'origine des bacilles typhiques signalés parfois dans certains sols (sols de casernes, entre autres, comme dans les observations de TRYDE et de VOGL), alors que naguère on concluait régulièrement de la constatation de ces microbes à une contamination plus ou moins ancienne du sol par des malades. Désormais la question de survie de bacilles typhiques d'une telle provenance, survie de plus de cinq mois et demi d'après GRANCHER et DESCHAMPS, de trois mois seulement d'après KARLINSKI, de deux ou trois jours à peine selon WURTZ et MOSNY, si les bacilles se trouvent en contact avec la nappe souterraine, perd beaucoup de son importance.

En revanche il reste fort intéressant de rechercher par quelles voies les germes pathogènes que le sol recèle normalement ou à titre transitoire peuvent arriver jusqu'à l'homme et donner naissance à des manifestations épidémiques.

VARIÉTÉS

Les sectes médico-religieuses en Angleterre

Parmi les nombreuses sectes médico-religieuses qui pullulent en Angleterre, les « Peculiar People » tiennent une place à part. Tandis que les « Christian Scientists », par exemple, prétendent guérir par la prière, les « Peculiar People » n'ont aucune prétention curative. Mais ils n'en dédaignent pas moins les soins du médecin.

Ils se considèrent, en effet, comme spécialement placés sous la protection de Dieu, et, en conséquence, lorsqu'un d'entre eux est malade, estiment tout à fait inutile de faire venir le médecin. La protection divine suffit pour amener la guérison.

Il semble cependant ressortir d'un procès récent intenté à un de ces « Peculiar People », pour avoir laissé mourir, faute de soins, sa fille, âgée de moins de cinq ans, que cette protection divine ne s'étend pas toujours aux cas chirurgicaux.

En effet le doyen de la secte, M ANDERSON, a présenté devant le tribunal la défense de son adepte et le dialogue suivant s'est engagé entre le jury, le juge et le témoin.

Un juré : Que feriez-vous si un de vos adhérents se cassait la jambe? — M. ANDERSON, j'appellerai un chirurgien. — Le juge : Vous croyez donc que le Seigneur ne peut pas réduire

une fracture ? — M. ANDERSON : Je crois que le Seigneur préserve ses fidèles, car je ne connais pas un cas de fracture chez les « Peculiar People ». — Le juge : Je suppose qu'un enfant soit écrasé. Vous pensez que s'il appartient aux « Peculiar People », sa jambe ne sera pas brisé ? — M. ANDERSON : Elle sera brisée si le Seigneur ne protège pas l'enfant. »

Ainsi il suffit d'être « Peculiar People » pour être à l'abri des fractures. Cependant M. ANDERSON reconnaît qu'une fracture n'est pas absolument impossible. Mais alors c'est que la protection du Seigneur s'est à ce moment détournée du blessé, et dans ce cas on peut appeler un chirurgien.

Mais alors qui nous dit que le Seigneur n'a pas eu le même moment d'oubli et de négligence quand, au lieu d'une fracture, il s'agit d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde ? Et pourquoi M. ANDERSON refuse-t-il de faire venir le médecin, quand il n'hésite pas à appeler le chirurgien ?

Le Jury, n'ayant pu éclaircir ces mystères, a condamné le « Peculiar People », pour homicide par imprudence, à six semaines de prison.

(*Médecine Moderne*).

Le cinématographe du Dr Doyen à Kiel.

Le Dr DOYEN, qui voyageait à bord du yacht du prince de Monaco, a été récemment présenté, à Kiel, à l'empereur d'Allemagne, qui était venu rendre visite au prince à bord de son bateau.

Au cours de cette royale visite, DOYEN fut invité à montrer à titre de curiosité scientifique les projections chirurgicales de son cinématographe.

Il se montra lui-même faisant avec une rapidité vertigineuse des hystérectomies et des craniectomies électriques, etc., etc. L'empereur d'Allemagne, vivement intéressé par cette démonstration de médecine opératoire, sollicita vivement de notre compatriote une séance pour les élèves de l'Université de Kiel. Cette démonstration brillante eut lieu le lendemain, et le Dr DOYEN y fut vivement acclamé.

L'empereur d'Allemagne passe en revue, à Bergen, nos jeunes marins de l'*Iphigénie*, et demande à les voir manœuvrer, il les félicite, il nous trouve *aimables* et il le télégraphie à M. LOUBET ; nos officiers et une soixantaine d'élèves sont appelés à festoyer à bord du *Hohenzollern;* GUILLAUME applaudit les démonstrations cinématographiques de DOYEN, les étudiants de Kiel font des ovations à notre habile et très savant compatriote, il y a là un revirement qui pourra déplaire peut-être au chauvinisme de certains agités, mais les habitants du continent ont intérêt à s'apprécier réciproquement à leur réelle valeur et à se grouper pour résister un jour à la gloutonnerie d'insulaires insatiables qui sont loin de nous porter dans leur cœur, que nous soyons séparés d'eux par la Manche ou par l'Atlantique.

Le charlatanisme en Amérique.

Il s'est formé dans la Nouvelle-Angleterre une Ecole de Médecine qui est pratique et qui réussit. Les études, le diagnostic, les remèdes y sont supprimés. C'est une grande simplification. Le principe de la doctrine est idéaliste : les maladies existent principalement par la représentation que nous nous en faisons. Elles sont un produit de l'imagination. Nous les chasserons donc par la prière et l'élévation de l'esprit vers Dieu. Les médecins de cette école s'appellent à peu près guérisseurs par la foi. Ils ont un immense succès. L'un d'eux a même pénétré récemment à New-York, dans l'hôpital Bellevue. Il disait aux malades : « Les médecins de la maison sont vos pires ennemis. Mais je suis un guérisseur envoyé par Dieu. Je guéris toutes les maladies avec son aide et un onguent qui est merveilleux et que je vous donnerai pour 50 centimes, par philanthropie. » Ses cartes portaient la raison sociale : Docteur Derwin et Jésus-Christ. Tous deux promettaient de guérir pour 50 centimes. Il demandèrent cependant 50 dollars à un phtisique arrivé au dernier période pour le rétablir en trois jours. Je ne sais si cette cure vraiment admirable réussit. Mais la surexcitation des malades de l'hôpital fut si grande que les infirmières mirent à la porte le guérisseur de la foi... Les médecins, — les vrais, — de New-York, se sont réunis, et leur assemblée a demandé contre les guérisseurs les peines applicables aux homicides par imprudence. Mais ceux-ci ont pour eux le goût du peuple, qui aime les merveilles, la faveur des gens pieux et cette estime que les honnêtes gens accordent si volontiers aux filous.

Un bateau désinfecteur.

La marine des Etats-Unis vient d'être dotée d'une unité absolument nouvelle ; il s'agit d'un steamer — le *Protector* — destiné à la désinfection des navires, des cargaisons et des équipages contaminés.

A l'avant de ce bateau se trouve un appareil pour la production, en grandes quantités, des vapeurs soufrées, qui peuvent être conduites par un système de tuyaux jusqu'au bateau à désinfecter. Il y a, en outre, des chambres de combustion et des ventilateurs très puissants pour la désinfection des cales par les panneaux d'écoutilles.

A l'arrière du *Protector* ont été installés un générateur de formaldéhyde et une chambre de stérilisation pour les effets.

Au centre, outre les chaudières et les machines du bateau, se trouvent une cinquantaine de salles de bains, fort bien aménagées, où les équipages contaminés pourront prendre toutes les précautions hygiéniques nécessaires.

Enfin, le *Protector*, dont la longueur mesure 25 mètres et qui file 18 nœuds en temps normal, est équipé suivant tous les principes de la prophylaxie moderne et comporte un état-major complet d'infirmiers et de médecins.

(*Le Médecin*, Bruxelles.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'exercice de la médecine par les étrangers.

« Docteur Sylvestre, *dentiste américain* », tel est le libellé qu'un commissaire de police indiscret avait relevé sur la plaque placée à la porte d'un appartement, et qui amenait le sieur Sylvestre Baumgartner devant le tribunal correctionnel de la Seine, pour y répondre de deux contraventions à la loi du 30 novembre 1892.

D'une part, le ministère public reprochait au sieur Baumgartner d'avoir contrevenu, en n'indiquant que son prénom et en dissimulant son nom de famille, à l'art. 9 de la susdite loi, lequel défend l'exercice de la profession de médecin ou de dentiste sous un pseudonyme. Sur ce chef, ainsi que nous l'avons rapporté dans l'*Echo médical du Nord*, *suprà*, p. 394, tribunal de la Seine et Cour d'appel de Paris sont tombés d'acord pour reconnaître l'existence de la contravention et prononcer une condamnation.

D'autre part, le sieur Baumgartner était prévenu de contravention à l'art. 20 de la loi de 1892, aux termes duquel « est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, se livrant à l'exercice de la médecine, fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère », ce pourquoi « il sera puni d'une amende de 100 à 200 fr. ».

Cet article était-il applicable en l'espèce? Dans son jugement du 18 novembre 1898, le tribunal de la Seine a répondu négativement, et, sur ce chef, a acquitté le prévenu. Dans son arrêt du 14 mars 1899, sur appel, la Cour de Paris a répondu affirmativement, et condamné le prévenu. C'est qu'en effet la question n'est pas sans difficulté.

Si l'on s'en tient aux termes de l'art. 20, la pénalité qu'il édicte est subordonnée à l'existence de deux conditions exigées cumulativement, savoir : 1° que le prévenu « se livre à l'exercice de la médecine », 2° qu'il prenne « le titre de docteur en médecine sans en indiquer l'origine étrangère ». — Si l'on se reporte aux travaux préparatoires, on voit que l'exigence de ces deux conditions a été voulue sciemment par le législateur. D'un côté, on ne songeait qu'aux médecins, et non aux dentistes ni aux sages-femmes ; à ce point de vue la triple répétition du mot « médecine », dans la très courte phrase qui forme l'article 20, est assez significative, surtout quand on compare ce langage à celui employé dans l'art. 9 : lorsque le législateur veut édicter une mesure applicable à d'autres que les médecins, il a soin de dénommer empressément « les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ». D'un autre côté, c'est très intentionnellement aussi que les mots « en médecine » ont été ajoutés au mot « docteur ». En effet, soit dans le rapport de M. Chevandier à la Chambre des Députés, soit dans le projet de la commission de la Chambre, il n'était d'abord question que de l'emploi de la qualité de « docteur », sans qu'on parlât de l'origine de ce titre. Mais le commissaire du Gouvernement, M. Liard, fit observer, au cours de la discussion, qu'il existait d'autres titres de docteur, docteur en droit, docteur ès-lettres ou ès-sciences, docteur en théologie, et il demanda que, pour éviter toute amphibologie, les mots « en médecine » fussent ajoutés et répétés. Or, le texte définitivement adopté fit droit à ces observations.

C'est en raison de ces considérations que les auteurs soutiennent que l'art. 20 n'est pas applicable au dentiste, fit-il précéder son nom du titre pur et simple de docteur (Léchopié et Floquet, la *Nouvelle législation médicale*, p. 180).

Mais la jurisprudence des tribunaux s'est montrée beaucoup plus large dans l'interprétation de l'art. 20, et cela pour l'une et l'autre des conditions qui semblent ressortir du texte. D'une part, elle assimile l'exercice de l'art dentaire à l'exercice de la médecine. D'autre part, elle décide que l'emploi du simple titre de « docteur », sans autre qualification, suffit à justifier l'application de l'art. 20.

Sur le premier point, elle fait valoir que, dans l'esprit du législateur de 1892, celui qui exerce l'art dentaire exerce par cela même la médecine. Aussi l'art 16 considère-t-il comme « *exerçant* illégalement *la médecine*, toute personne qui, non munie d'un diplôme de chirurgien dentiste, prend part à la pratique de l'art dentaire ». De plus, il résulte de l'ensemble des dispositions de la loi de 1892 que ses auteurs ont vu dans l'art dentaire une branche spéciale de la médecine. Témoin cette affirmation si catégorique du rapporteur, le Dr Cornil au cours de la discussion du Sénat : « La loi que nous présentons au Sénat a pour titre : *Loi sur l'exercice de la médecine*, et sous le nom d'*exercice de la médecine* nous comprenons à la fois la médecine proprement dite, l'art dentaire et les accouchements ; de telle sorte qu'exercer illégalement la médecine, c'est exercer illégalement soit la médecine proprement dite, c'est-à-dire la médecine et la chirurgie, soit la chirurgie dentaire, soit l'art des accouchements ». — (Voir en ce sens : trib. Seine, 25 mai 1895 ; trib. Rennes, 5 mars et 29 juillet 1896).

Sur le second point, les tribunaux posent en principe que la question de savoir si la simple qualité de « docteur » suffit à amener l'application de l'art. 20, est une pure question de fait, laquelle doit être laissée à l'appréciation des juges. C'est aux juges à rechercher, dans les circonstances de la cause, si la qualité de docteur a été prise ou non dans le but de faire croire à l'existence du titre de docteur *en médecine* qu'on n'avait pas le droit de porter. Cette conclusion s'apprécie notamment sur le commentaire fourni par le rapporteur M. Chevandier lors de la discussion de l'art. 20 devant la Chambre des Députés : « il ne peut y avoir de difficulté que sur le point de savoir ce qu'on entend par l'usurpation du titre de docteur. Voici comment il a pu quelquefois être usurpé. Il est arrivé qu'un officier de santé, reçu docteur de la faculté d'Iéna ou d'une faculté étrangère, s'en est prévalu, et qu'il a libellé ainsi ses

cartes de visite : « le Docteur un tel ». Il donna le change sur sa qualité réelle et fait croire qu'il est docteur d'une faculté française. Nous l'obligerons, par la rédaction de l'article, à dire qu'elle est l'origine de diplôme dont il se pare ».

Jugé, en ce sens, qu'il y a usurpation du titre de *docteur en médecine*, dans le fait par un dentiste étranger, non muni d'un diplôme français, d'avoir publié une annonce-réclame ainsi conçue : « le docteur EDGARD WILLIAMS, dentiste americain, a l'honneur de prévenir sa nombreuse clientèle qu'il est de retour à Rennes ». En vain le prévenu prétendait que l'art 20 de la loi de 1892 ne lui était pas applicable, puisqu'il n'avait jamais pris le titre de « docteur en médecine ». Car « il est constant que le mot « docteur », joint au nom d'un dentiste, ne peut avoir pour le public d'autre signification que celle de docteur en médecine ; dès lors, en prenant dans l'annonce susrelatée le titre de docteur, sans indiquer l'origine étrangère de ce titre, laquelle ne saurait résulter de la qualification de dentiste américain dont il faisait suivre son nom, WILLIAMS, qui n'était pas diplômé d'une faculté française, avait bien commis l'usurpation du titre français de docteur en médecine définie par l'art. 20. » Rennes 29 juillet 1896. (Fuzier-Herman, *Rép.*, voir *Dentiste*, n° 153).

C'est dans le même sens qu'a statué la Cour de Paris, par l'arrêt précité du 14 mars 1899. Tandis que le tribunal de la Seine, dans son jugement du 18 novembre 1898, déclarait que la plaque « DOCTEUR SYLVESTRE, *dentiste americain*, » indiquait suffisamment l'origine étrangère du prévenu, la Cour de Paris consacre franchement l'opinion contraire :

« Considérant que BAUMGARTNER se livre, dans les conditions prévues par l'art. 32 de la loi du 30 novembre 1892, à la pratique de l'art dentaire, que la loi précitée considère, aussi bien que l'art des accouchements, comme une branche spéciale de l'exercice de la médecine ; que le titre de « docteur » qu'il s'attribue ne peut s'entendre, de toute évidence, que du titre de « docteur en médecine »;

Considérant que le prévenu se prévaut d'un diplôme de la République mexicaine qui le qualifie de docteur; que les expressions « dentiste américain » dont il fait suivre le nom sous lequel il se présente au public ne se refèrent pas au titre de docteur dont il le fait précéder ; qu'elles en restent complètement indépendantes ; que ces expressions, dont la signification échappe, au reste, à toute précision, peuvent donner à penser que BAUMGARTNER s'est livré à des études spéciales en Amérique ou qu'il a recours à des procédés plus particulièrement employés dans ce pays, mais qu'elles ne font point connaître, selon le vœu de la loi, l'origine étrangère du titre de docteur qu'il revendique ; qu'il échet donc de retenir à sa charge le grief relevé contre lui par la partie civile ».

Espérons que cet arrêt fixera la jurisprudence, en même temps qu'il mettra fin à toute divergence dans la doctrine.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Médecins et Bicyclette

Une circulaire du Ministre de l'Intérieur adressée aux préfets, prescrit d'exempter de la taxe sur les bicyclettes les médecins chargés de la médecine gratuite qui auront fait dans l'année au moins cent visites.

Mais pourquoi cette évaluation arbitraire de cent visites ?

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nomenclature des Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lille pendant l'année scolaire 1898-99.

FAVIER. — Du traitement du Mal de Pott.

LEMAIRE. — Recherches sur la toxicité de la liqueur dite « Amer du Pays ».

MABILLE. — De l'efficacité de l'Arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne.

COOREVITS. — De l'emploi des Mouchetures dans le traitement de l'Anasarque.

CASTELLANT. — Quelques recherches sur les glandes de Brunner.

WAGON. — Du pronostic des tumeurs myxomateuses des membres.

PEL. — De l'intervention dans certains cas de cataracte zonulaire.

VIENNE. — Le furoncle du conduit auditif externe.

BOUTILLIER. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'Exstrophie de la vessie.

CASSIN. — De la cystotomie sus-pubienne d'emblée dans les rétrécissements de l'urètre.

DUVAL. — De la morbidité et de la mortalité dans le service d'accouchements (Hôpital de la Charité).

CAUMARTIN. — Contribution à l'étude de la nécrose du maxillaire d'origine non dentaire.

LHEUREUX. — La déambulation dans les affections du membre inférieur.

FAUCHER. — Sur le diagnostic différentiel des diverses formes de la grippe

THULLIEZ. — Contribution à l'étude des Tumeurs érectiles des paupières.

THILLIEZ. — Résultats éloignés de la résection tibio-tarsienne.

DUPUIS. — Contribution à l'étude de la Dystocie de l'anneau de Bandl.

PLUS. — Les palpitations de l'aorte abdominale.

Mlle CELSE. — Contribution à l'étude du scorbut infantile.

FROISSART. — Contribution à l'étude des gommes amygdaliennes.

PETCOVITCH. — La psittacose.

DURASNEL. — La défense de l'Europe contre l'invasion des épidémies indiennes par voie maritime.

Mlle BERNSON. — Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches.

LABARRIÈRE. — De la luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant.

MOUTON. — Des hernies adhérentes par glissement du gros intestin.

HUART. — Traitement opératoire des flexions utérines par la cunéohystérectomie.

CARPENTIER. — Des causes influençant le pronostic de la syphilis.

VERHAEGHE. — De l'alcoolisation. Effets. Causes. Remèdes.

CHATELIN. — De l'intubation laryngée dans le croup.

BOULOGNE. — Le cancer du gros intestin (rectum excepté).

HÉNAUT. — Rétablissement de la sécrétion lactée par l'électrisation.

VAN HEDDEGHEM. — Médication thyroïdienne dans les fractures.

HAUTEFEUILLE. — De l'augmentation des formes graves de folie à l'asile de Bailleul.

COQUIDÉ. — Variole et vaccine, leurs rapports.

GIRARD. — Recherches expérimentales sur les voies croisées de la motricité volontaire chez le chien.

CATTAERT (Pharmacie). — Contribution à l'étude des ténias trièdes.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

CONCOURS PROCHAINS

Toulon, 15 septembre. — Professeur d'anatomie à l'école de Brest.

Professeur de petite chirurgie à l'école de Toulon.

Professeur de physiologie à l'école de Rochefort.

6 octobre. — Professeur d'anatomie à l'école de Toulon.

Brest, 20 octobre. — Professeur d'anatomie à l'école de Brest.

Rouen, 2 avril 1900. — Suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Tours, 8 janvier 1900. — Suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale.

Ces deux derniers concours auront lieu à Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort des docteurs GINGEOT, médecin de l'Hôtel-Dieu à Paris ; HERPIN, professeur de pathologie chirurgicale à l'école de Tours.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

34e SEMAINE, DU 20 AU 26 AOUT 1899

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	15
3 mois à un an	9	8
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	2	3
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	3	2
20 à 40 ans	5	5
40 à 60 ans	8	3
60 à 80 ans	7	10
80 ans et au-dessus	1	6
Total	44	55

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	1	»	4	7	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2	3	»	»	2	»	»	»	»	»	6	16	8
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	5	1	»	2	»	»	1	»	»	3	15	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	8	1	1	»	»	»	»	»	»	7	19	22
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	1	4	3
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	1	2	»	»	»	»	»	3	10	16
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	3	5	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	1	6	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	1	4	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	»	»	»	»	»	»	»	»	2	8	6
Total	»	3	»	»	»	1	»	3	2	3	33	2	3	13	»	1	1	2	»	32	99	107

N° 139. Troisième Année, N° 37. Le Numéro : **10** centimes. 10 Septembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT
5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

De la fluxion de poitrine

par le professeur **Combemale**

Leçon clinique recueillie par M. **L. Decoopman,** externe du service.

Longtemps on a désigné sous le nom de fluxion de poitrine, ces états morbides affectant l'appareil pulmonaire, dans lesquels les signes congestifs sont combinés en proportions diverses à l'élément phlegmasique. Mais les affirmations autoritaires et exclusives de l'école anatomo-pathologique obscurcirent a un moment donné cette conception essentiellement clinique ; et depuis lors on n'a communément guère plus tenu compte dans la fluxion de poitrine que de l'état hyperhémique de la pneumonie qui s'y retrouve. Sous l'influence de cette école, l'identité des deux états morbides fut acceptée par les meilleurs esprits ; la fluxion de poitrine disparut, Messieurs, du cadre des maladies qu'on enseigne dans les livres classiques de médecine.

Cependant depuis un demi-siècle, des voix autorisées s'étaient élevées, pour réclamer au nom de la clinique une place dûment marquée, pour la fluxion de poitrine. CRUVEILHIER, quelque anatomo-pathologiste qu'il fût, avait décrit une pleurodynie fébrile avec frottements, et contribuait ainsi inconsciemment à réhabiliter cette fluxion de poitrine que son école s'était tant efforcée de répudier. PETER, en parlant de l'inflammation spéciale du poumon, pouvant envahir successivement tous les plans thoraciques sans en excepter la plèvre, reconnaissait la réalité clinique de la fluxion de poitrine sans la nommer. Quant à l'école de Montpellier, fidèle à ses traditions, elle n'avait jamais abandonné l'antique dénomination de fluxion de poitrine ; malgré la défaveur que ses doctrines ont rencontrée pendant cinquante ans, elle se savait en possession d'un dogme clinique assez solidement établi et consacré, pour persister ferme et irréductible dans sa conception de la fluxion de poitrine, que tout le monde tend aujourd'hui à admettre. Cette conception, modernisée il est vrai, n'a cependant pas varié ; et si l'école de Montpellier semble avoir fait une concession à ses adversaires, en acceptant ses dénominations, elle conserve intégralement sa chose, c'est-à-dire son dogme et ses principes. L'expression qu'a employée GRASSET, définissant la fluxion de poitrine une pneumococcie atténuée, a eu le don de plaire à tout le monde ; elle a eu le mérite aussi de faire admettre la vérité trop longtemps tenue sous le boisseau.

Nous en tenant à cette définition, bonne et courte, nous considérons donc, Messieurs, la fluxion de poitrine, comme une pneumonie en miniature, comme

une « pneumoniette », si vous voulez bien me passer cette expression un peu familière. Et j'espère bien vous démontrer a posteriori aujourd'hui même que la fluxion de poitrine doit être admise, avec ce sens particulier ; de même que la typhoïdette gagne, pour être connue, à être rapprochée de la typhoïde habituelle ; de même la fluxion de poitrine, pour être reconnue, a besoin d'être vue à côté de la pneumonie vraie. Le hasard a rapproché, dans nos salles, quelques malades touchés à des degrés divers par le pneumocoque ; profitons de l'occasion, étudions la fluxion de poitrine.

La pneumonie vraie, franche, classique, étant le point de comparaison pris pour établir la réalité de l'entité fluxion de poitrine, je vous la rappellerai tout d'abord dans ses principaux traits cliniques.

La pneumonie, Messieurs, débute de deux façons. Une fois sur quatre environ, elle comporte des prodromes : pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, celui qui couve une pneumonie éprouve une fatigue insolite, se plaint de courbature, de céphalée, a les pommettes colorées, ne peut dormir, et présente des épistaxis, ou bien de la trachéite, il est en proie à une légère fièvre. Mais le plus ordinairement rien n'a préparé le patient à l'invasion ; la maladie se déclare subitement : un frisson, unique, plus ou moins violent, mais assez prolongé, surprend le sujet en plein travail, et aussitôt, la température axillaire atteint 39°, accompagné parfois de vomissements. Ce frisson, qui tient lieu de prodromes ou en marque la fin, est le véritable début de la pneumonie.

Les trente-six premières heures qui suivent le frisson sont remplies par un syndrôme clinique traduisant ce que l'anatomie pathologique appelle la phase d'engouement ; une douleur, le point de côté, naît et croît rapidement ; spontanément douloureux, mais, exaspéré par les mouvements respiratoires et la toux, bien localisé ou étendu à une grande partie de la surface latérale du thorax, ce point douloureux siège au mamelon, mais peut se rencontrer aussi à la région abdominale, à la fosse sus-épineuse et même au côté de la poitrine opposé à celui où siège la lésion pulmonaire. PETER le dit l'expression d'une névralgie intercostale. Concomitamment s'installe de la dyspnée, de la fièvre : le malade fait 25 à 30 inspirations par minute. La température atteint sans rémission matinale 40° et 41°. Une toux fréquente, quinteuse, sèche, pénible pour le malade et pour son entourage survient, qui appelle l'examen direct du thorax. La percussion révèle en effet de la submatité en un point donné de la poitrine, et en ce même point de discrets râles crépitants, secs et fins, s'entendent par bouffées, à la fin de l'inspiration. Au cas où vous ne les constatez pas d'emblée, faites tousser le malade et cherchez-les dans l'aisselle. Leur présence indique la fin de la période d'engouement, et signifie que les alvéoles pulmonaires obstrués par l'exsudat albumineux commencent à se désagglutiner. Ce processus se généralisera dans les périodes ultérieures.

La phase d'hépatisation rouge commence alors, un jour et demi environ après le frisson. La phlegmasie à ce moment fait alors tout son effort ; le point de côté qui exprime cet effort s'amende. Mais à sa place s'installe l'élément congestif, c'est-à-dire que les symptômes fonctionnels augmentent. Nous voilà à la période d'état de la pneumonie. L'aspect du pneumonique dès ce moment est caractéristique : anhélant, la parole brève et entrecoupée par la toux, le visage rouge et en moiteur, cherchant vainement le sommeil, les narines, les dents et les lèvres fuligineuses ; souvent plongé dans un délire, doux ou violent, suivant le caractère du sujet et sa propension à la boisson, le malade a un pouls qui approche 100 pulsations, une température à 40°5 ; des urines rares, foncées, riches en urée et en urates, pauvres en chlorures. L'examen direct décèle de l'exagération des vibrations thoraciques ; de la matité à la percussion ; et si l'on ausculte, on a de la bronchophonie : la voix du malade transmise par le bloc fibrineux pneumonique bon conducteur du son, arrive éclatante, mais non articulée à l'oreille ; enfin, au milieu des râles crépitants se fait entendre le souffle tubaire, caractérisé par le timbre rude et soufflant de la respiration. Quelque nets que se présentent tous ces symptômes, ne négligez pas l'examen des crachats ; ils sont typiques et presque pathognomoniques : ils sont ambrés, rouillés, couleur du sucre d'orge, suivant la quantité de sang qu'ils contiennent brassé et mélangé à l'exsudat ; ils sont de plus aérés, visqueux, adhérents au crachoir et transparents ; riches en leucocytes et hématies, encombrés de nombreuses cellules épithéliales pulmonaires, de mucus, de fibrine coagulée en petites masses ou moulée sur les bronchioles, ces crachats ont encore un caractère histologique de la dernière importance, celui de recéler le pneumo-

coque. Ce microbe, dit de TALAMON et FRAENKEL, se présente sous la forme de grains lancéolés, disposés en séries et entourés d'une gangue albumineuse : Il se colore facilement, se cultive aisément aussi, à une température de 30 à 35° sur agar et sur gélatine en prenant en colonie l'aspect d'une goutte de rosée ; mais en perdant sa virulence dès le cinquième jour de la culture ; injecté à une souris ou à un lapin, il tue ces animaux réactifs en vingt-quatre heures sans produire d'inflammation locale, mais en provoquant une hypertrophie de la rate ; si l'on inocule le pneumocoque au rat, au chien, au mouton, la réaction locale s'obtient, déterminant même la pneumonie si l'injection a été intrapulmonaire.

Une nouvelle phase, attendue et guettée avec soin par le clinicien au cas d'une issue heureuse de la pneumonie, se présente du cinquième au dixième jour qui suit le frisson ; la crise, qui juge la maladie, survient dans cet intervalle de temps, presque toujours au septième jour. Bien souvent, vous aurez désespéré du malade voyant l'aggravation de tous les symptômes se produire, la dypsnée à son maximum, l'expectoration difficile, la température ascendante, le pouls faiblissant ; or, cette aggravation préparait en quelque sorte l'effort suprême de l'économie vers la guérison. Des sueurs profuses, des épistaxis répétées seront survenues, une éruption d'herpès labial exagérement étendu, une diarrhée subite ou des urines abondantes et albumineuses auront paru qui constituaient la crise. Et en quelques heures la défervescence s'est faite, la température est retombée à 37°. La maladie marche dès lors vers la guérison ; l'économie à triomphé, l'hyperhémie, reliquat de la phlegmasie, va disparaître graduellement.

Puis, peu à peu, les crachats deviennent moins visqueux, plus opaques, comme graisseux, dépourvus de fibrine ; la matité thoracique diminue ; au râle crépitant sec, au souffle tubaire se substitue un râle humide et gros, qui s'entend aux deux temps de la respiration : c'est le râle crépitant de retour (redux). L'amaigrissement qui a été très rapide cesse ; l'état psychique s'améliore, le délire s'affaiblissant, l'espoir et la gaieté renaissant. On peut dire que le pneumonique entre dès lors en convalescence.

Lorsque les signes cliniques de la pneumonie ne se sont pas amendés dans les dix jours qui suivent le frisson, c'est que l'infection pneumonique s'est compliquée d'une autre infection à localisation pulmonaire, qu'elle s'est généralisée. Le résultat final est le même. Le stade anatomo-pathologique atteint porte alors le nom d'hépatisation grise ; l'aspect clinique est celui d'une pyémie, d'une fièvre adynamique, disait-on naguère. Les crachats, gris ou rouge brûnatre comme le jus de pruneaux, sont expectorés avec peine. La fièvre est continue, une diarrhée fétide s'installe, le ventre se ballonne ; le pouls est petit, filiforme, irrégulier ; le patient est couvert de sueurs visqueuses, le délire s'accentue. L'auscultation ne révèle alors rien de caractéristique ; au contraire, les signes stéthoscopiques sont variables avec les moments de la journée. La mort tarde plus ou moins à survenir, mais elle est certaine.

Telle est la pneumonie, Messieurs, dans sa marche clinique habituelle, dans son évolution typique pourrais-je dire, comme il vous a été certainement donné de la voir dans les services que vous fréquentez ; l'entrée en matière est subite, la localisation pulmonaire est certaine dès le troisième jour, les accessoires du début (point de côté) ayant disparu ; pendant sept jours environ, la lutte pour l'oxygénation indispensable aux tissus, pour la respiration se poursuit ; alors, ou bien l'économie triomphe par la crise préparée de longue main, ou bien la défense n'ayant pas été à la hauteur de l'attaque, la mort survient comme dans une septicémie. Ces allures de la pneumonie sont donc bien caractéristiques.

D'une façon sensiblement différente à l'observation clinique se présente la fluxion de poitrine. Rappelez-vous le tableau qui s'est déroulé sous vos yeux ces jours derniers chez ces deux malades couchés salle Sainte-Catherine, l'un au lit 6, l'autre au lit 11.

Le premier malade s'est présenté à l'hôpital à cause d'une vive douleur de côté qu'exagérait la toux, et qui occupait constamment la moitié droite de la poitrine. Il avait eu quelques jours auparavant de légers frissons. Depuis ce moment il toussait par quintes, avait toujours une légère fièvre, surtout le soir et se sentait sérieusement courbaturé. Le jour de son entrée était bien le quatrième de son affection, évidemment pulmonaire ; mais à cette date, les signes physiques ne correspondaient déjà pas à ceux de la pneumonie franche. Du reste, en l'examinant hier de près, nous avons constaté de la pleurodynie et une hyperesthésie cutanée à peine appréciable : le côté et le flanc droits en effet étaient douloureux à la pression,

mais sans précision, c'est-à-dire sans que l'on pût déterminer le point où la douleur à la pression était maxima; l'inspiration forcée réveillait l'endolorissement de la région, de même que la parole à voix haute et la toux spontanée ou provoquée. Malgré les analogies, vous n'avez pas reconnu dans cette pleurodynie le point de côté de la pneumonie, quelque atténué qu'il soit à ce moment de son évolution.

Voyez d'autre part les signes stéthoscopiques. Les vibrations thoraciques sont aujourd'hui et étaient hier affaiblies, diminuées ; l'auscultation vous a révélé, ce matin encore, un souffle doux sur une hauteur de quelques travers de doigt ; en outre des sous-crépitants humides se faisaient entendre sur le même point. Ici il n'y avait plus d'analogie : la pneumonie, en effet, ne se présente pas à l'oreille de cette façon ; le souffle est rude, la bronchophonie et les crépitants ne prêtent pas à la confusion, si l'on sait ausculter.

De par l'auscultation, pas plus que de par le point de côté, ce n'était pas de la pneumonie. Malgré cela, des doutes pourraient subsister dans l'esprit. Les crachats étaient rosés d'abord, ils ont ensuite pris la couleur jaune sucre d'orge, ils contiennent le pneumocoque ; ce signe, cette constatation bactériologique ne sont que des commencements de preuve. En effet, vous voyez aujourd'hui que la fièvre, — le renseignement nous parvient à l'instant —, décline et que la courbe de température incline à une chute graduelle ; malgré la pusillanimité du sujet, qui se croit ou veut être plus malade qu'il ne l'est, la convalescence est prochaine.

Vous avez remarqué, Messieurs, que parmi les signes et les symptômes présentés par ce malade, il en est qui appartiennent à la pleurésie, d'autres qui ressortissent à la congestion pulmonaire. Il ne vous a pas échappé non plus que tout cela a évolué sans fracas, doucement pour ainsi dire, ne nous inspirant pour la vie du malade qu'une médiocre inquiétude. C'est que ce complexus symptomatique cachait une pleurésie bâtarde à faible épanchement, masquée par la congestion pulmonaire sous-jacente. La fluxion de poitrine, terme clinique simple et commode, peut servir à désigner cet état morbide qui n'est pas la pneumonie, vous n'en avez pas en effet reconnu les allures, qui n'est pas la pleurésie non plus, puisqu'elle est doublée d'une atteinte aux poumons. C'est ce que pensent nombre de cliniciens, et non des moindres.

La fluxion de poitrine n'a pas toujours un tableau aussi effacé, aussi adouci que l'exemple ci-dessus. Vous vous souvenez en effet de ce malade, entré le même jour dans le service et qui occupe le numéro 11 de la salle Sainte-Catherine. Ce jeune homme vous est apparu avant-hier matin dans un état grave. Il était fortement anhélant, les pommettes rouges, la langue sèche, le corps couvert de sueur ; le thermomètre avait marqué 40° une demi-heure auparavant ; le pouls battait 106 à la minute, les urines étaient rares, uratiques. Vous avez remarqué qu'il portait aux lèvres de nombreuses vésicules d'herpès qui l'une après l'autre s'étaient formées pour constituer le bouquet constaté. Les crachats étaient gommeux, rouillés, la toux quinteuse et fatigante.

Entre deux inspirations et par courtes phrases, le malade vous a dit avoir eu un frisson plusieurs jours avant son entrée dans le service, souffrir depuis lors d'un point de côté, qui ne se calmait pas. A première vue et avant de recourir à l'auscultation, on était porté à diagnostiquer une pneumonie, la majeure partie des renseignements y invitait du reste. Cependant, on s'apercevait vite qu'aux signes fonctionnels ne se superposaient pas les signes physiques correspondants. En examinant de près le malade, nous trouvâmes en effet les vibrations thoraciques légèrement exagérées au flanc droit et en arrière et de la submatité au même niveau ; en appliquant l'oreille en ce point un souffle était entendu, mais un souffle dont on ne pouvait dire qu'il était rude ou doux, la bronchophonie d'autre part se panachait d'égophonie. Il était impossible ce jour-là, et il n'a pas été davantage possible hier de percevoir le bruit caractéristique des râles crépitants ou des bruits anormaux ayant la valeur de ce râle se produisant à la fin de l'inspiration ; mais par contre un peu plus haut vers l'aisselle existaient des frottements reconnaissables à leur apparition aux deux temps de la respiration et à leur éclatement sous l'oreille. Du côté gauche nous ne découvrîmes rien d'anormal ; formuler le diagnostic de pneumonie sans faire des réserves était imprudent.

Avant de prononcer le mot de fluxion de poitrine pour ce cas, grave à tous égards, j'eus recours, — vous vous en souvenez —, à une saignée déplétive ; deux cents grammes de sang furent tirés après la visite par l'interne du service à ce jeune homme. Et le lendemain matin, Messieurs, un tel changement s'était opéré dans la situation et dans l'aspect du malade que le souvenir vous en restera longtemps.

je l'espère. La coloration du visage était tombée, l'anxiété avait disparu, l'oppression s'était dissipée, la fièvre dépassait à peine 38°, l'urine était plus abondante, un peu de sommeil avait aidé à la résurrection véritable. Il y avait plus ; ceux d'entre vous, Messieurs, qui ont ausculté ce malade, ont perçu des sous-crépitants gros et moyens à côté et au-dessous, des frottements disséminés dans tout le poumon droit ; quant au souffle les caractères n'étaient pas plus précis que la veille. Le poumon gauche lui-même participait à cet envahissement de bruits pulmonaires, bien que la veille il ne fût pas en cause ; des sibilants, une véritable tempête de râles, occupaient les deux poumons. Vous venez du reste de constater que cette crise s'est continuée : le thermomètre s'est complètement abaissé au-dessous de 37° 5, après être resté toute la journée d'hier à 38° ; l'expectoration et l'auscultation sont d'accord avec cette défervescence de gros râles remplissent encore le poumon.

On peut dire aujourd'hui que s'il y avait un diagnostic qu'il ne fallait pas porter sur le cas de ce jeune homme, c'était celui de pneumonie. Malgré la présence du pneumocoque dans l'exsudat, ce diagnostic doit être écarté : *a)* parce que le râle crépitant, pas plus que le souffle tubaire, n'existaient au cinquième jour après le frisson, avec leurs caractères typiques l'un et l'autre ; *b)* parce que la défervescence, au lieu d'être brusque, s'est faite en lysis comme vous pouvez le vérifier sur la courbe de température. L'hypothèse de bronchopneumonie ne doit pas être débattue : les noyaux caractéristiques à évolution successive manquaient, et il ne saurait, par définition, exister de bronchopneumonie sans cette condensation partielle et par blocs isolés du parenchyme pulmonaire. Pour la raison d'ordre général au contraire que je vous exposerai tout-à-l'heure, il s'agissait d'une fluxion de poitrine.

J'admets volontiers que ce cas de fluxion de poitrine confine à la pneumonie, que son pronostic était plus grave que celui du premier, qu'il y a plus loin de ce cas clinique au premier que je vous ai rappelé. C'est néanmoins dans le cadre des fluxions de poitrine : hypérémie intense autour d'une phlegmasie moyenne ou faible, que l'on doit la ranger. Vous pouvez d'ailleurs, Messieurs, imaginer dès maintenant ou bien rencontrer plus tard des types intermédiaires à ceux que nous avons signalés où les signes de congestion, de pleurésie, de bronchite et de pneumonie s'enchevêtreront et se superposeront et s'associeront de diverses manières ; il vous arrivera de ne parvenir, dans certains de ces cas, même par un examen très attentif que difficilement à préciser ce qui prédomine, voyant du reste votre diagnostic local si péniblement établi aujourd'hui, détruit par vos constatations de demain ; allant de la congestion à la pneumonie en passant par la bronchopneumonie, quand vous récapitulerez pour fixer du mot fatidique l'état morbide qu'a présenté votre malade, vous serez hésitant et embarrassé. Et pourtant, si vous n'étiez pas retenu par des préjugés d'école, ou si vous connaissiez le vrai sens du mot, vous diriez fluxion de poitrine en toute justice.

Mais pour que vous posiez dorénavant ce diagnostic en toute assurance, voyons ce qui caractérise la fluxion de poitrine, ce qui la différencie de la pneumonie, avec laquelle elle n'a que trop longtemps été identifiée.

Chez le malade atteint de fluxion de poitrine : *l'ensemble des signes cliniques qui caractérise la pneumonie, se montre incomplet ou anormal* : le frisson initial par exemple, si dramatique, manquera ou apparaîtra si faible qu'il paraîtra inaperçu ; dans un autre cas, le point de côté se prolongera très douloureux, jusqu'au moment de la défervescence fébrile, au lieu de s'amender dans les trois jours qui suivent le frisson. La défervescence elle-même, au lieu d'être brusque comme c'est la règle, se fera dans un troisième cas en plusieurs fois, par échelons, et d'une façon bizarre, qui déroutera vos prévisions.

Chez le malade atteint d'une fluxion de poitrine, *les signes physiques perçus accusent la participation de plusieurs parties, accessoires ou non, de l'arbre respiratoire*. C'est ainsi que l'on trouve dans la fluxion de poitrine des signes physiques de congestion pulmonaire : (submatité, bronchophonie, respiration soufflante, etc.), de pleurésie (submatité, frottements), de pleurésie avec épanchement (matité, souffle doux, égophonie), de bronchite (ronflants, sibilants), non mélangés au hasard, mais comme appliqués à des épaisseurs différentes du poumon. C'est ainsi que les crachats, au lieu d'être franchement rouillés, comme lorsque l'exsudat est intimement brassé avec le sang, sont légèrement rosés, colorés par des stries et n'approchent que rarement de la coloration sucre d'orge. Il est évident que tous les plans, cutané, mus-

culaire pleuraux, pariétal et viscéral, les tranches voisines du poumon, les bronches fines et moyennes qui desservent ces territoires sont envahis par l'hyperhémie, consécutivement à la phlegmasie première qui n'a pas eu de durée. Rien d'analogue n'existe dans la pneumonie franche, mais extensive dans ses allures.

Chez le malade atteint de fluxion de poitrine, *l'évolution de la maladie est rapide, elle se fait sans complications*. En cinq ou sept jours survient la défervescence ; la convalescence ne se fait pas attendre, qui n'est traversée d'ordinaire de rien de fâcheux. Il semble que dans la fluxion de poitrine l'inflammation atteigne et le parenchyme pulmonaire et ses organes de protection, mais qu'elle les effleure, les ménage, les lèche en quelque sorte, au lieu de les mordre et de les entamer. En effet, la fluxion de poitrine affecte rarement ces formes inflammatoires ou sthéniques de la pneumonie, qu'on ne rencontre guère que chez les gens robustes et sanguins de la campagne : jamais non plus on ne remarque la forme asthénique masquée par du collapsus ou de l'adynamie ; la forme nerveuse de la pneumonie, donnant la symptomatologie ou se compliquant de la redoutable méningite pneumococcique est inconnue dans la fluxion de poitrine. Enfin, il est excessivement rare de rencontrer, comme reliquat d'une fluxion de poitrine, des paralysies ou des manifestations extra-pulmonaires postérieures à l'acte morbide, telles que l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, la méningite, une otite, une parotidite, la néphrite, etc. En résumé, la fluxion de poitrine guérit presque toujours, même quand l'atteinte a été rude.

Chez le malade atteint de fluxion de poitrine, *la virulence du pneumocoque est beaucoup moindre* que dans la pneumonie. Vous remarquez que j'ai parlé du pneumocoque seulement : pour qu'il y ait fluxion de poitrine, il faut, en effet, qu'il y ait du pneumocoque dans les crachats et non du pneumobacille, du tétragène, du streptocoque, du coli-bacille, etc., ou tout autre agent pathogène. J'insiste aussi sur ce que les inoculations de ce pneumocoque existant dans les crachats, faites avec toutes les précautions désirables sur des souris, auront rendu ces animaux malades, mais ne les auront pas tués en vingt-quatre heures, comme l'aurait fait le pneumocoque d'une pneumonie. L'atténuation du pneumocoque est le point important de la conception spéciale que nous nous faisons de la fluxion de poitrine : c'en est, en quelque sorte, le criterium. A côté des signes cliniques et physiques, cette constatation bactériologique acquiert une valeur considérable ; et pour constituer un diagnostic précoce les inoculations expérimentales ne sauraient être trop hâtives à mon avis.

Je viens de vous présenter en un tableau résumé, comme ramassé, ce qui permet de différencier la fluxion de poitrine de la pneumonie. Les types de la fluxion de poitrine sont trop nombreux, correspondant à des atténuations différentes du pneumocoque, comme aussi à des états de résistance du porteur, pour que j'aie pu insister et faire mieux qu'un tableau didactique. Mais je ne voudrais pas terminer sans vous apporter une preuve de plus à l'appui de cette différence qui existe entre la fluxion de poitrine et la pneumonie : Quels sont, en effet, les moyens thérapeutiques dont vous disposez pour traiter la fluxion de poitrine? Comme on l'a dit pour la fièvre typhoïde, Messieurs, le meilleur médicament de la fluxion de poitrine est encore un bon médecin, qui surveillera attentivement la marche de la maladie et répondra sans hâte, au fur et à mesure de leur urgence, à toutes les indications thérapeutiques. Soyez toujours prêts à pratiquer une saignée, à appliquer des sangsues, à poser des ventouses scarifiées pour combattre tant l'infection que l'hyperhémie. La dyspnée sous l'influence de la fluxion sanguine est-elle exagérée, mettez ventouses sèches sur ventouses sèches ; la fluxion s'étend-elle en profondeur, songez au vomitif qui décongestionne le poumon : ipéca, mieux tartre stibié en lavage, à la dose de 10 centigrammes dans un litre d'eau, à prendre par verres dans la journée. Les phénomènes d'hyperesthésie cutanée et musculaire, le point de côté durable sont justiciables du classique vésicatoire, mieux de la révulsion par le stypage au chlorure de méthyle. Quant à la fièvre, vous la calmerez par la quinine si elle dépasse 39° : sinon vous ne l'attaquerez pas, — on ne part pas en guerre contre un moustique — ; vous saurez, en cas de faiblesse passagère, stimuler le cœur par la caféine : et comme malgré tout l'état général commande une intervention, c'est aux toniques, boissons vineuses, potions alcoolisées, quinquina, etc., que vous vous adresserez pour étancher la soif et remonter du même coup le malade. Vous le voyez, en somme, la caféine et la saignée sont les moyens efficaces et sûrs, qui vous rendront, le cas échéant, les meilleurs services ; le restant n'est et ne peut être qu'accessoire.

Je crois, Messieurs, vous avoir donné, à propos de la fluxion de poitrine, des raisons suffisamment probantes, pour que dorénavant, vous croyiez à sa réalité clinique ; je ne m'abuse pas cependant au point de penser que vous la distinguerez facilement et du premier coup dans les affections pulmonaires dont l'école anatomo-pathologique nous a imposé les dénominations, — comme si tel système pouvait être isolément intéressé ! — et que nous persistons à appeler du nom de bronchite, pleurésie, etc. Le diagnostic de fluxion de poitrine est, en effet, un diagnostic d'après coup, si je puis ainsi dire : ce n'est pas d'emblée qu'au lit d'un prétendu pneumonique vous pouvez dire : ceci n'est que la fluxion de poitrine. Il entre dans ce diagnostic trop d'appréciations survenant à des époques diverses de l'évolution de la maladie, pour qu'on puisse se prononcer sur le champ. Mais s'habituer à rectifier son diagnostic et à le porter avec précision, même quand le mal est éteint, est chose digne du médecin. Et si vous ne devez pas toujours dire pneumonie, vous ne devez pas non plus dire toujours fluxion de poitrine. *In medio et in veritate virtus !*

Arthropathie symétrique des coudes
paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne

Par le docteur **Potel**, chef de clinique chirurgicale

Depuis 1868, époque à laquelle Charcot décrivit les troubles trophiques articulaires au cours du tabes, et démontra nettement la relation de cause à effet qui unissent la lésion nerveuse et la lésion articulaire, le cadre des arthropathies nerveuses s'est considérablement élargi.

Les observations, se multipliant, sont venues montrer que le tabes et la syringomyélie n'avaient pas le monopole du « *Charcot's joint disease,* » comme l'appellent encore aujourd'hui les Anglais.

Les lésions médullaires, le ramollissement cérébral, l'hémorragie cérébrale, la paralysie générale même peuvent produire des lésions trophiques articulaires. Récemment Jeannel, Chipault, Morandeau ont publié des cas d'arthropathies consécutives à des fractures du rachis.

Nous avons eu l'occasion, il y a quelque temps, d'observer dans le service de M. le Professeur Dubar un malade présentant une arthropathie symétrique des coudes paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne. Comme nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun cas analogue, nous restons quelque peu réservés sur l'exactitude de notre diagnostic. D'ailleurs, voici d'abord l'observation. Nous discuterons plus loin notre interprétation.

Adolphe C..., 22 ans, journalier, entre à l'Hôpital de la Charité, service de M. le Professeur Dubar, pour des douleurs au niveau des coudes. Le père est mort, à 45 ans, de tuberculose pulmonaire. La mère est bien portante. Elle a eu 9 enfants, tous à terme. Elle n'a jamais fait de pertes. Deux enfants sont morts accidentellement (brûlures et chute), un autre est mort à 21 ans, il était atteint d'un mal de Pott depuis l'âge de trois ans. Le malade ne présente aucune trace de syphilis ni héréditaire ni acquise, ni de tuberculose. A l'âge de 14 ans, le malade fait une chute d'un lieu assez élevé et tombe sur la tête. Il a des hémorragies par le nez, la bouche, les oreilles, des ecchymoses sous-conjonctivales et reste trois jours sans connaissance.

Puis l'état s'améliore peu à peu. Au bout de trois semaines il put commencer à marcher, mais il éprouvait des sensations de vertige. Ces sensations ont persisté depuis huit ans. Elles sont intermittentes. De plus, le malade, pendant la marche, a de la propulsion vers la gauche.

Après l'accident, des troubles de l'ouïe apparurent, la surdité augmenta progressivement des deux côtés. Actuellement, on a beaucoup de peine à se faire entendre.

Deux mois environ après la chute, apparurent des douleurs assez vives, d'abord dans le coude droit, puis, dix jours après, dans le coude gauche. Le malade ne peut nous dire s'il y a eu gonflement ou épanchement. Ce qu'il sait, c'est que les douleurs furent assez vives pour le contraindre à cesser son travail pendant trois mois. Avec le repos elles disparurent. Depuis lors, ces douleurs sont réapparues par intermittences, mais très atténuées et n'ont que très rarement contraint le malade à garder un repos complet.

Il y a 15 jours, cependant, le malade eut une nouvelle crise douloureuse ; c'est ce qui l'amena à l'hôpital.

A l'examen, la peau est normale. Au niveau des coudes, point de gonflement articulaire, point d'hydarthrose, ni d'épaississement des extrémités articulaires.

Si l'on fait mouvoir l'articulation, on ne provoque point de douleur, mais on perçoit nettement, même à distance, des craquements gros, secs. Ces craquements sont également très sensibles dans les articulations radio-cubitales. On les met facilement en évidence par des mouvements de pronation et de supination. L'extension et la flexion complètes sont impossibles. Si l'on veut forcer, la douleur provoquée est très vive.

Il y a de l'atrophie de tous les muscles du bras, contrastant avec un développement assez marqué des muscles de l'avant-bras. La sensibilité paraît normale. La lésion est absolument symétrique. Les autres articulations sont indemnes.

On essaie comme traitement la révulsion et la compression ouatée, mais le résultat est insignifiant.

Voilà l'observation. Nous devons maintenant donner les raisons qui nous font admettre une relation de causalité entre le traumatisme cérébral et la lésion articulaire.

Tout d'abord, rappelons en deux mots les grands traits de cette observation : Un *enfant* de 14 ans a une fracture de la base du crâne. Deux mois après apparaissent des troubles trophiques *symétriques*, au niveau des coudes. Cette arthropathie dure depuis *huit ans*, sans grand changement.

Ce tableau clinique suffit à éliminer la tuberculose, bien que le malade ait des antécédents douteux (un frère est mort de mal de Pott).

Aucun signe ne permet non plus de songer à la syphilis héréditaire ou acquise. La mère a eu neuf enfants vivants, le sujet ne présente aucune tare syphilitique.

Le diagnostic devient plus délicat avec l'arthrite sèche, et particulièrement avec une forme que, à tort ou a raison, on a fait rentrer dans l'arthrite sèche; nous voulons parler de l'ostéochondrite dissécante *de Kœnig*.

Cette ostéochondrite qui produit des petits fragments cartilagineux, nécrosés, qui donne un dépoli articulaire considérale, peut présenter un aspect clinique qui ressemble d'autant plus à celui de notre malade que l'on a noté la bilatéralité des lésions (Bowlby, Clutton, Weichselbaum).

Mais n'oublions pas que l'affection, chez notre malade, est apparue à 14 ans. L'arthrite sèche n'apparaît généralement pas si tôt. D'autre part, si comme la majorité des auteurs tendent à l'admettre aujourd'hui, l'arthrite sèche est une maladie trophique, tout l'intérêt de la discussion tombe de lui-même.

D'ailleurs des faits d'ordre clinique et d'ordre expérimental viennent plaider en faveur de notre façon de voir.

Charcot a pu voir chez des hémiplégiques, chez des malades atteints de tumeurs cérébrales, des épanchements hémorragiques dans les articulations.

Drouin a observé un cas très intéressant. Une femme présentait depuis l'enfance une hémiplégie gauche. Les mouvements étaient limités, on percevait des craquements. A l'autopsie, on trouva un foyer très ancien d'hémorragie occupant la couche optique droite. Les cartilages des articulations de la hanche ou de l'épaule gauche présentaient des végétations osseuses ou cartilagineuses, de l'usure, des ostéophytes, etc., lésions trophiques dont l'origine remontait à l'attaque d'hémiplégie infantile.

Albertoni, qui avait observé un cas curieux, où, chez un apoplectique, les articulations contenaient un épanchement hémorragique abondant, a tenté avec succès de reproduire expérimentalement ces lésions. En pratiquant des lésions profondes du gyrus sigmoïde, chez le chien, il détermina des hémorragies non seulement dans les viscères, comme l'ont montré Schiff, Vulpian, etc., mais aussi dans les grandes articulations du côté opposé, les autres articulations (du côté lésé) présentaient soit un épanchement sanguin, soit une injection de la synoviale.

Il paraît donc démontré aujourd'hui, que des lésions (il est difficile d'affirmer si ces lésions agissent par excitation, ou destruction) du système nerveux central peuvent produire des troubles considérables au niveau des articulations. Le premier effet pathologique qui a été constaté, est une vaso-dilatation intense, allant jusqu'à l'hémorragie intra articulaire, ou tout au moins aux épanchements sous-chondraux. On n'a guère observé d'autres lésions, pour cette raison très simple, que les malades succombent souvent au traumatisme.

Pour en revenir à notre malade, il nous semble admissible d'interpréter de la façon suivante les phénomènes qu'il présente.

Un traumatisme considérable amène une lésion grave du cerveau. Vaso-dilatation intense au niveau des articulations des coudes. Production de pétéchies sous le cartilage. Ces pétéchies amènent des troubles dans la nutrition et la vitalité des cartilages et de la synoviale. Dépoli articulaire se traduisant objectivement par des craquements.

Cette façon d'envisager les phénomènes, pour théorique qu'elle soit forcément, nous paraît au moins en rapport avec ce que la clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation nous ont appris jusqu'ici.

VARIÉTÉS

A propos de la peste.

La faculté de médecine de Paris, une des plus célèbres du quatorzième siècle, fut chargée de donner son avis sur les causes de la peste noire et sur le régime qu'il fallait suivre. Cet avis est une bizarre absurdité. En voici le commencement:

« Nous, les membres du collège des médecins à Paris, après de mûres réflexions sur la mortalité actuelle, avons pris con-

seil auprès de nos anciens maîtres de l'art, et nous voulons exposer les causes de cette peste plus clairement qu'on ne pourrait le faire d'après les règles et les principes de l'astrologie. En conséquence, nous exposons qu'il est connu que dans l'Inde, dans la région de la grande mer, les astres qui combattent les rayons du soleil et la chaleur du feu céleste, ont exercé leur puissance contre cette mer et combattu violemment avec ses flots. En conséquence, il naît souvent des vapeurs qui cachent le soleil et qui changent la lumière en ténèbres. Ces vapeurs opèrent leur ascension et leur descente pendant vingt-huit jours de suite; mais à la fin le soleil et le feu ont agi si violemment sur la mer, qu'ils en ont attiré vers eux une grande partie, et que l'eau de mer s'éleva sous la forme de vapeur. Par là, dans quelques contrées, les eaux ont été tellement altérées que les poissons y sont morts. Mais cette eau corrompue ne pouvait consumer la chaleur solaire, et il n'était pas non plus possible qu'il sortît une autre eau saine, de la grêle ou de la neige. Bien plus, cette vapeur se répandit par l'air en plusieurs parties du monde et les couvrit d'un nuage. C'est ce qui arriva dans toute l'Arabie, dans une portion de l'Inde, dans la Crète, dans les plaines et les vallées de la Macédoine, dans la Hongrie, l'Albanie et la Sicile. S'il parvient jusqu'en Sardaigne, aucun homme n'y restera en vie, et il en sera de même des îles et des pays circonvoisins, où ce vent corrompu de l'Inde arrivera ou est déjà arrivé, aussi longtemps que le soleil est dans le signe du Lion.

Si les habitants de ces régions n'emploient pas un bon régime, nous leur annonçons une mort inévitable, à moins que la grâce du Christ ne leur conserve la vie ».

Vaccine et Referendum

Le parti ouvrier du canton de Soleure voudrait qu'on soumît au referendum populaire la suppression de la vaccination obligatoire.

Pour que la demande soit accueillie, il faut qu'elle réunisse 2,000 signatures. En 1880 et en 1890 le nombre des signataires n'avait pas dépassé 1,600. Cette fois la pétition a recueilli 2,132 signatures.

Le jour viendra sans doute où l'on demandera au peuple « réuni dans ses comices » de résoudre la question :

La fièvre typhoïde doit-elle être traitée par les bains froids?

Ou bien :

Doit-on opérer l'appendicite ?

(*Médecine Moderne*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecine et magnétisme

Dans son n° du 2 avril dernier, *suprà*, p. 165, l'*Écho médical du Nord* a rapporté un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, en date du 6 janvier 1899, condamnant, pour exercice illégal de la médecine, des individus qui, sans diplômes, traitaient les maladies nerveuses ou organiques, au moyen de prétendues passes magnétiques.

La question de savoir si le magnétiseur tombe sous le coup de la loi pénale n'est pas nouvelle, mais elle reste discutée. Il est des Cours, des tribunaux, qui la résolvent par l'affirmative. Nos lecteurs ont encore le souvenir d'un jugement du tribunal correctionnel de Lille, en date du 8 juillet 1897, prononçant contre un magnétiseur, « professeur de magnétisme et de massage », dans notre bonne ville de Lille, condamnation à ... 100 fr. d'amende (*Écho médical du Nord*, 1897, 2, 439). Le tribunal de Lille avait été précédé dans cette voie de la répression, soit par la Cour de Lyon dans un arrêt du 4 avril 1892 (DALLOZ, 95, II, 53; SIREY, 92, II, 84), soit par le tribunal de la Seine, dans un jugement du 26 janvier 1893 (SIREY, 94, II, 281), condamnant le « zouave » Jacob.

Mais cette solution a rencontré des résistances. L'*Écho médical* (1897, I, 427) rappelait notamment qu'en 1897, le tribunal correctionnel d'Angers avait acquitté un magnétiseur, et il exprimait la crainte que, sur l'appel intenté contre cette décision par le syndicat des médecins de Maine-et-Loire, la Cour d'Angers ne consacrât un résultat défavorable au corps médical. Cette crainte était fondée. La Cour d'Angers, par arrêt du 23 juillet 1897 (DALLOZ, 98, II, 118; SIREY, 97, II, 232) a confirmé le jugement du tribunal. Elle ne faisait du reste, en cela, que suivre la jurisprudence qu'elle avait inaugurée dans un arrêt du 28 juin 1894 (DALLOZ, 94, II, 463; SIREY, 94, II, 253).

Faut il donc se résigner à croire que les magnétiseurs pourront continuer à exploiter la crédulité publique, sans avoir à se soucier du Code pénal, sans avoir même à hésiter devant la crainte d'encourir l'une de ces amendes dérisoires de 50 ou 100 fr. qui les ont atteints quelquefois ? Non, semble-t-il, et nous voulons signaler aujourd'hui une nouvelle décision de justice qui proclame une fois de plus que la pratique du magnétisme constitue l'exercice illégal de la médecine. C'est un arrêt rendu par la cour de Paris, le 15 mars 1899, confirmant un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, en date du 6 janvier 1899 (*Gazette du Palais*, du 25 avril 1899).

« Considérant qu'aux termes de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892, « exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux art. 6, 29 et 30 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée » ;

» Que le sens du mot « traitement » est général et s'entend de tout acte ou conseil, tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie, et que ce sens ne saurait être arbitrairement restreint, comme le voudraient les prévenus, à la prescription de médicaments ou à la pratique d'opérations chirurgicales proprement dites, telles par exemple, que la réduction de luxations ou fractures ;

» Considérant que l'opinion du rapporteur de la loi à la Chambre des députés, fût-elle constante et catégorique, ne

saurait prévaloir contre les termes formels du texte ci-dessus rappelé, qui ne permettent aucun doute ou interprétation ;

» Considérant de plus, en fait, qu'il résulte de l'instruction, des débats et de l'aveu même des prévenus, que du mois de mai au mois d'août 1898, ceux-ci, qui ne sont munis d'aucun des diplômes visés par la loi, ont traité la dame Bertoux par de prétendues passes magnétiques qu'ils ont représentées au plaignant comme devant amener la guérison ou tout au moins l'amélioration de l'état maladif de ladite dame ;

» Que les prévenus se livrent habituellement au traitement des maladies nerveuses et organiques, ainsi qu'ils le reconnaissent formellement et ainsi qu'ils l'annoncent d'ailleurs par des avis imprimés ;

» Considérant que, fut-il vrai, ainsi qu'ils l'allèguent, que leur traitement ne comporterait aucun emploi de médicaments, cette circonstance ne suffit pas, ainsi qu'il est ci-dessus établi, à légitimer les pratiques et agissements des prévenus ;

» ...Par ces motifs : — Confirme,...réduit toutefois de 300 fr. à 50 fr. les amendes prononcées par les premiers juges solidairement contre les prévenus. »

Les arguments de droit que l'on peut faire valoir à l'appui de cette décision sont trop clairement analysés dans l'arrêt de la Cour de Paris pour qu'il soit nécessaire de les reproduire. Le grand argument de l'opinion contraire est toujours le passage du rapport de M. CHEVANDIER où il est dit que « Les articles visant et punissant l'exercice illégal de la médecine ne pourraient être appliqués aux magnétiseurs que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles, et où, sous le couvert de leurs procédés, ils prescriraient des médicaments, chercheraient à réduire des luxations et des fractures. » Mais les réponses ne manquent pas pour repousser soit l'argument en lui-même, soit la force qu'on prétend lui attribuer. On les trouvera dans les différentes décisions des Cours de Lyon et de Paris, des tribunaux de Lille et de la Seine, que nous avons citées. Ce qui, à notre avis, est capital, c'est le titre de l'art. 16 de la loi de 1892 : ce texte est trop clair, trop précis, pour qu'il y ait lieu d'en chercher le sens dans les travaux préparatoires.

Du reste, il est difficile de s'expliquer pourquoi la Cour d'Angers attache tant d'importance à une phrase qui, après tout, n'exprimerait qu'une opinion personnelle à son auteur, sur une question très spéciale. Si l'on veut, à toute force, trouver dans les travaux préparatoires ce qu'a voulu ou que ce n'a pas voulu le législateur, pourquoi ne se référerait-on pas au rapport présenté au Sénat par le Dr CORNIL, aussi bien qu'au rapport présenté à la Chambre des députés par M. CHEVANDIER ? Or M. CORNIL, à propos de l'art. 16, a précisé l'intention générale du législateur : « Dans le premier alinéa de l'article, disait-il, nous avons supprimé la tentative de définition du traitement des maladies adoptée par la Chambre... On ne peut indiquer dans un article de loi tous les détails, toutes les formes sous lesquelles se présente l'exercice illégal. Nous avons préféré laisser aux tribunaux plus de latitude dans l'appréciation de l'exercice illégal ». Remarquons que le rapport du Dr CORNIL a suivi le rapport de M. CHEVANDIER : n'est-il pas permis d'en conclure qu'en supposant même que la Chambre des Députés eût partagé les idées de son rapporteur, ces idées ont été repoussées par le Sénat, puis finalement par la Chambre des Députés elle-même, puisque, sur ce point, la Chambre a adopté le texte voté par le Sénat ?

Les tribunaux ont donc toute « latitude dans l'appréciation de l'exercice illégal ». Sans doute, ils devront, dans cette appréciation, s'inspirer de la pensée du législateur. Mais cette pensée, ils ne peuvent la trouver nulle part plus sûrement que dans le texte définitif adopté par le legislateur. Nous en revenons donc toujours au texte de l'art. 16. Et c'est fort heureux que ce texte embrasse les pratiques du magnétisme. Le public est intéressé à ce que les sanctions pénales ne soient pas restreintes aux charlatans qui ordonnent des médicaments et pratiquent des opérations chirurgicales : la simple application d'un traitement magnétique faite mal à propos à un malade atteint d'une maladie nerveuse peut avoir sur la santé de celui-ci une influence déplorable ; dès lors, il est bon que l'application de semblable traitement reste soumise au contrôle d'un homme qualifié pour en apprécier l'opportunité.

(V. Dr BROUARDEL, *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 527.)

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le budget des Universités françaises

Les quinze Universités françaises ont une population de 27.080 étudiants, dont 12.059 pour Paris. Elles dépensent par an 13.859.500 fr.; l'instruction de chaque étudiant coûte donc 511 francs par an en moyenne.

Pour payer ces dépenses, dit le *Lyon médical*, les revenus universitaires interviennent pour la somme de 2.093.700 fr.; les legs, donations, subventions diverses s'élèvent à une somme globale de 1.511.600 fr. Pour parfaire aux dépenses, l'État doit payer chaque année le joli denier de 10.524.200 fr., c'est-à-dire que chaque étudiant coûte en moyenne, à l'État, par an 370 fr.

Voyons ce que coûte l'étudiant lyonnais : l'Université de Lyon a 1.310.600 fr. de recettes, dont 209.460 de revenus universitaires et 1.066.916 de l'État. Sa population scolaire étant de 2.335 étudiants au 15 janvier 1898, l'instruction de chaque étudiant coûte 561 fr. et les revenus universitaires entrent dans cette somme pour moins de 100 francs.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Programme des Cours. — Semestre d'hiver. — Ouverture le 3 novembre 1899.

Anatomie normale. — M. DEBIERRE, professeur : Le système nerveux, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 1).

Histologie. — M. Laguesse, professeur: La cellule; notions générales d'embryologie; les tissus; le système nerveux, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 1/4, à la Faculté (Amphithéâtre n° 3).

Anatomie pathologique et Pathologie générale. — M. Curtis, professeur: Maladies de l'appareil digestif; bouche, œsophage, estomac, intestins, foie, pancréas. Pathologie générale; la fièvre, mardi, jeudi, samedi à 4 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 3). — Le samedi est réservé aux leçons de pathologie générale.

Clinique médicale. — M. Lemoine, professeur : Tous les jours exercices cliniques, leçons cliniques les mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, à l'hôpital St-Sauveur.

Clinique chirurgicale. — M. Folet, professeur : Tous les jours exercices cliniques, leçons cliniques les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Clinique des maladies cutanées et syphiliques. — M. Charmeil, professeur : Tous les jours exercices cliniques, leçons cliniques les mercredi, samedi, à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Clinique ophtalmologique. — M. F. De Lapersonne, professeur-doyen : Tous les jours exercices cliniques, leçons cliniques les lundi à 9 heures et jeudi à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Hygiène. — M. Surmont, professeur: Etiologie et prophylaxie des maladies infectieuses (2° partie du cours : les exercices du corps; le vêtement: les soins corporels, jeudi et samedi à 3 heures, mardi à 2 heures, leçon pratique au laboratoire, à la Faculté (Amphithéâtre n° 2).

Chimie médicale et Toxicologie. — M. Lescœur, professeur : Chimie minérale; métaux et métalloïdes ; application à l'analyse chimique, à la toxicologie, à la pharmacie et à la médecine, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 4).

Pharmacie et Pharmacologie. — M. Deroide, agrégé, chargé du cours: Pharmacie et pharmacologie; Pharmacie galénique ; description des opérations de laboratoire; études des formes pharmaceutiques, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4, à la Faculté (Amphithéâtre n° 4).

Histoire naturelle des Parasites. — M. Th. Barrois, professeur : Anatomie et physiologie générales ; Protozoaires ; Calentérés, lundi et jeudi, à 9 heures 1/4. — M. Verdun, agrégé, chargé du cours : Parasitologie, Parasites végétaux ; Protozoaires, mardi à 3 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 6).

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. — M. Oui, agrégé, chargé du cours: Accouchement et délivrance pathologiques ; opérations obstétricales ; le nouveau-né, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 3).

Maladies des voies urinaires. — M. Carlier, agrégé, chargé du cours : Tous les jours exercices cliniques; leçons cliniques, vendredi, à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Clinique médicale des enfants. — M. Ausset, agrégé, chargé du cours : Tous les jours exercices cliniques; leçons cliniques, lundi, à 10 h. 1/2, et vendredi, à 11 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

CONFÉRENCES DE MM. LES AGRÉGÉS

(Décret du 30 Juillet 1886)

Conférences d'Anatomie. — M. N..., agrégé : Les muscles et les vaisseaux des membres et du cou, mardi, jeudi et samedi, à 2 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 1).

Conférences du Laboratoire des cliniques. — M. Carrière, agrégé : Microscopie clinique, jeudi, à 10 heures 1/2, au Laboratoire (Hôpital de la Charité).

Conférences de Pathologie interne. — M. Carrière, agrégé : Étude théorique et pratique des maladies du cœur, des vaisseaux et des reins, lundi et mercredi, à 6 heures; Séméiologie de ces organes, vendredi, à 6 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 3).

Conférences de Thérapeutique. — M. Deléarde, agrégé : Traitement des maladies de la nutrition, jeudi et samedi, à 5 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 2).

CONFÉRENCES

Conférences de Physique (pour les étudiants en pharmacie). — M. Demeure, chef des travaux : Optique; Electricité, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2, à la Faculté (Amphithéâtre n° 5).

Conférences d'Anatomie. — M. Gérard, prosecteur d'anatomie : Ostéologie et arthrologie, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, à la Faculté (dans les salles de dissection).

TRAVAUX PRATIQUES. — LABORATOIRES

Dissections. — M. N..., agrégé, chef des travaux anatomiques : Exercices pratiques, tous les jours, de 2 h. à 5 heures, à la Faculté.

Travaux du Laboratoire des cliniques. — M. Carrière, agrégé, chef du laboratoire : Exercices pratiques, tous les jours, de 8 h. 1/2 à 11 heures, au laboratoire des cliniques.

Manipulations pharmaceutiques. — M. Deroide, agrégé, chef des travaux : Exercices pratiques, mercredi et samedi, de 2 heures à 5 heures, à la Faculté.

Travaux pratiques d'Histoire naturelle. — M. Fockeu, chef des travaux : Exercices pratiques, lundi, de 2 heures à 5 heures, vendredi de 2 à 4 heures et samedi de 8 à 11 heures, à la Faculté.

Exercices pratiques de Physique. — M. Demeure, chef des travaux : Exercices pratiques, mardi et jeudi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté.

Travaux pratiques de Chimie minérale. — M. Louis, chef des travaux : Médecine, vendredi, de 2 heures à 4 h. ; Pharmacie : Lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 5 heures, à la Faculté.

Travaux pratiques d'Anatomie pathologique. — M. Raviart, préparateur : Lundi et mercredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté.

COURS ANNEXE

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes — M. Gaulard, professeur : Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires (élèves 1re année); théorie et pratique des accouchements (élèves 2me année), mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à l'Hôpital de la Charité.

Doyen honoraire : M. Folet.

Professeur honoraire : M. Moniez.

Agrégés : MM. Carlier, Bédart, Deroide, Ausset, Oui, Carrière, Deléarde, Gaudier, Verdun.

Agrégés libres : MM. Thibaut et Phocas.

Chefs de clinique : MM. Painblan, Lambret, Desoil, Potel, Huyghe, N...

DISPENSAIRES ET CONSULTATIONS GRATUITES AUX HOPITAUX DE LA CHARITÉ ET St-SAUVEUR

Maladies internes, Maladies externes, Maladies des femmes et des enfants, Maladies des femmes enceintes et des nouveau-nés, Maladies des yeux, Maladies cutanées et syphilitiques, Maladies des voies urinaires, Electrothérapie, aux jours et aux heures indiqués par l'affiche spéciale.

Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale en 1900, à Paris.

M. le Pr Grasset (de Montpellier), chargé de présenter à ce Congrès un rapport sur la *Déontologie médicale*, serait heureux de recevoir de ses confrères, des Syndicats et des diverses Sociétés médicales de l'étranger, leur avis, conseils et renseignements pouvant l'aider à rédiger le rapport destiné à servir de thème aux délibérations du Congrès.

Pour être utilisés, ces documents devront parvenir à M. le Pr Grasset, 6, rue J.-J.-Rousseau, Montpellier.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort des docteurs Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Ambrezin, de Paris; Delafargue, de Callac (Côtes-du-Nord); Cassagne, de Soueich (Haute Garonne); Chagnaud, de Rouen.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

35e semaine, du 27 août au 2 septembre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	14
3 mois à un an	16	15
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	1	3
20 à 40 ans	7	3
40 à 60 ans	9	3
60 à 80 ans	7	6
80 ans et au-dessus	3	2
Total	59	52

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	6	13	20
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	2	1	»	6	1	»	5	»	»	»	»	»	1	18	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	14	»	»	1	1	»	»	»	»	2	19	42
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	4	»	»	»	»	»	1	7	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	5	»	1	2	»	»	»	»	»	2	13	16
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	4	9	12
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	8
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	1	11	»	»	»	»	»	»	»	»	1	17	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	1	4	9
Total	»	3	»	»	»	3	»	5	8	3	49	1	1	15	1	»	»	1	»	21	111	155

N° 140. Troisième Année, N° 38. Le Numéro : **10** centimes. 17 Septembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Des névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales et aux maladies de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Par le professeur **F. de Lapersonne**

Communication faite au Congrès international d'ophtalmologie d'Utrecht, le 18 août 1899.

MESSIEURS,

Dans une communication à la Société française d'ophtalmologie (1) j'ai insisté sur quelques manifestations orbitaires ou oculaires des sinusites et j'ai essayé de montrer que, dans un bon nombre de cas, c'est par les symptômes oculaires que nous pouvions arriver à déceler les lésions du sinus, trop souvent inaperçues et dont l'importance et la gravité peuvent être très grandes.

Depuis cette époque j'ai continué à recueillir des observations qui me confirment pleinement dans ce que j'avais avancé. Mais aujourd'hui je ne voudrais traiter qu'un point un peu spécial de cette vaste question, en parlant des rapports entre les affections du sinus sphénoïdal et de la partie la plus élevée de l'arrière-cavité des fosses nasales d'une part, et certaines manifestations du côté du nerf optique, d'autre part.

D'après BERGER (1), à qui nous sommes redevables d'une partie de nos connaissances sur la chirurgie du sinus sphénoïdal, la manifestation la plus fréquente de cette sinusite sur le nerf optique serait une *névrite rétrobulbaire canaliculaire*, ne s'accusant au début par aucun trouble perceptible à l'ophtalmoscope. Dans quelques cas, cependant, comme celui de NIEDEN (2) ou celui du professeur PANAS (3), on indique l'existence d'une névrite avec stase, mais dans ces observations, il s'agissait de lésions fort étendues de la base du crâne, s'étant terminées par méningite suppurée.

Dans les trois observations que nous allons rapporter c'est, au contraire, l'existence d'une névrite optique, avec stase papillaire, ne siégeant que d'un seul côté, qui nous a mis sur la voie du diagnostic et nous a permis de reconnaître des lésions très localisées du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures.

Ces lésions ne se manifestaient par aucun des

(1) De Lapersonne. *Bull. de la Soc. franç. d'ophtalmologie*, mai 1898, et *Presse médicale*, mai 1898.

(1) BERGER. *Chirurgie du sinus sphénoïdal*. Paris, 1890.

(2) NIEDEN. *Arch. f. Augenheilkunde*, XVI, p. 381.

(3) PANAS. *Traité des maladies des yeux*, I, p. 685.

symptômes, tels que violentes douleurs névralgiques, photophobie, larmoiement, blépharospasme, rougeur érysipélatoïde de la racine du nez (Kaplan) (1), qui ont été signalés comme les signes ordinaires de ces sinusites.

Observation I. — Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 48 ans, qui se présente, le 13 février 1899, à notre consultation, pour un trouble considérable de la vue du côté gauche, puisqu'il distingue à peine les doigts à 0.50 centimètres. L'examen ophtalmoscopique ne nous révèle aucune lésion à droite, dont l'acuité visuelle est normale, tandis qu'à gauche nous constatons tous les signes de la *névrite optique avec stase :* papille saillante, de coloration grisâtre, vaisseaux enfouis dans l'œdème papillaire, volumineux et tortueux en dehors de la papille : il existe un large scotome central et ce n'est que par la périphérie que le malade distingue péniblement les doigts.

Recherchant la cause de cette stase papillaire unilatérale, nous apprenons que le trouble de la vue s'est produit presque subitement, en quelques heures, il y a une huitaine de jours. Il a été précédé de douleurs assez violentes dans la tête et dans tout le côté gauche de la face. Poursuivant notre interrogatoire, nous finissons par savoir que, depuis quelque temps, cet homme a fréquemment des saignements de nez, toujours par la narine gauche, qui est le siège d'un écoulement muco-purulent. Un examen rhinoscopique superficiel nous fait reconnaître des masses fongueuses de ce côté. Nous adressons le malade à notre excellent collègue Gaudier, chargé du cours de laryngologie à la Faculté, qui reconnaît que le méat moyen de ce malade est rempli de fongosités saignant au moindre contact, principalement dans le tiers postérieur. Le sinus maxillaire et le sinus frontal ne sont pas obscurs. Ces fongosités sont curettées et tamponnées à plusieurs reprises, donnant lieu chaque fois à une abondante hémorrhagie. Le méat moyen étant bien débarrassé, on constate nettement que l'hémorrhagie et que l'écoulement muco-purulent sanieux viennent de l'orifice du sinus sphénoïdal du côté gauche, dans la partie la plus reculée du méat moyen. D'autre part l'examen microscopique a fait reconnaître que les masses fongueuses, enlevées par la curette, étaient composées par du sarcome à cellules rondes. Il s'agissait donc d'un sarcome du sinus sphénoïdal, dont la masse envahissait déjà la partie postérieure des fosses nasales. En dehors des saignements de nez, qui n'ont pas attiré l'attention du malade, cette tumeur s'est tout d'un coup manifestée par l'apparition d'une névrite avec stase de l'œil gauche, rapidement grave. Mais, d'après l'histoire clinique de ce malade, il est facile d'admettre que ce n'est pas la tumeur elle-même qui a été le point de départ de la névrite. Comme dans beaucoup de cas de tumeurs du sinus, l'évolution du sarcome s'est accompagnée d'une infection sinusienne, dont les effets ont été d'autant plus sérieux que l'orifice de communication du sinus avec le méat moyen s'est trouvé oblitéré par les masses fongueuses du sarcome. Et c'est cette infection sinusienne qui a été le point de départ de la névrite infectieuse, se traduisant par la stase papillaire et la perte très rapide de la vision de ce côté.

M. Gaudier a fait un curettage aussi complet que possible du sinus sphénoïdal, en détruisant la paroi antérieure. A la suite de cette intervention il paraît y avoir eu plusieurs semaines d'accalmie pendant lesquelles les hémorrhagies ont cessé, mais de nouveau le sarcome s'est reproduit.

Quant à l'état de l'œil, il ne s'est pas amélioré : Comme toujours dans ces cas, l'œdème de la papille et le volume des vaisseaux ont diminué petit à petit, mais la vision est entièrement abolie et la lésion marche lentement vers l'atrophie. Fait très important à noter, pendant tout le temps qu'il nous a été permis de suivre le malade, l'œil droit n'a présenté aucune lésion du côté de son nerf optique et la vision est restée parfaite.

Observation II. — Le nommé H. E., 51 ans, se présente, le 3 mai 1899, avec un œdème papillaire du côté gauche, des mieux caractérisés, sans lésion aucune du côté droit. La vision du côté gauche n'est cependant pas très mauvaise puisque $V = 1/2 + 1.25 D$, tandis qu'à droite $V = 2/3$. Mais le malade se plaint de quelques douleurs de tête du même côté et surtout il ne voit rien en dehors.

En effet, nous constatons un rétrécissement très marqué du champ visuel en bas et en dehors. Dans tout le quart inféro-externe, le champ visuel ne s'étend pas à plus de 10°. Cet homme est bien portant et ne présente aucune manifestation syphilitique ou tuberculeuse, aucun symptôme de tumeur cérébrale, rien dans les urines. Il attribue son affection à une attaque d'influenza qu'il a eue, il y a trois mois, et qui pourtant avait été très légère. Cependant il lui est resté un enchifrènement plus accusé à gauche qu'à droite et il mouche une assez grande quantité de mucosités purulentes.

L'examen rhinoscopique, pratiqué par M. Gaudier, donne les résultats suivants : Narine gauche plus large que la droite. Cornet moyen plus volumineux. Pus concret à la partie postérieure du méat moyen, très nettement en rapport avec l'ouverture du sinus sphénoïdal et le système des cellules ethmoïdales postérieures, ce qui se distingue facilement par la rhinoscopie postérieure. La narine droite ne contient pas de pus. Rien du côté du sinus maxillaire et du sinus frontal.

Il s'agissait encore dans ce cas d'une rhinite infectieuse localisée à la partie postérieure et à laquelle avait pris part le sinus sphénoïdal, soit primitivement, soit secondairement. L'ouverture du sinus d'après la méthode de Zunkerkandl a donné lieu à un abondant écoulement de pus et le traitement méthodique dirigé de ce côté a permis de tarir assez vite cette suppuration.

Malheureusement nous n'avons pas eu d'aussi bons résultats du côté du nerf optique. Malgré les révulsifs, les injections de pilocarpine, l'iodure et le mercure

(1) Kaplan. Thèse Paris, 1891.

qui ont été essayés, la névrite avec stase a continué sa marche : Le rétrécissement du champ visuel ne s'est guère modifié ; mais dans la partie voyante l'acuité visuelle a progressivement baissé, pendant que nous assistions, impuissants, à la décoloration et à l'atrophie papillaire.

OBSERVATION III. — Enfin, dans le dernier cas, il s'agit encore d'une névrite optique avec stase unilatérale du côté gauche, chez un homme de 53 ans. La vision est complètement abolie du côté atteint et normale du côté opposé. L'examen minutieux des antécédents et de l'état général de ce malade ne nous font découvrir aucune cause pouvant expliquer cette névrite. Par l'examen des fosses nasales, M. GAUDIER constate une rhinopharyngite postérieure purulente. A gauche la queue du cornet inférieur est volumineuse et est réséquée au moyen de l'anse froide. Mais dans ce cas il n'y a pas d'hypertrophie du cornet moyen et on ne constate pas de pus dans le méat moyen, au pourtour de l'orifice du sinus sphénoïdal. Bien que nous ayons pu constater une rhinopharyngite purulente, ce cas semble au premier abord moins caractéristique, puisqu'il ne nous a pas été donné de constater nettement la sortie du pus de l'orifice du sinus sphénoïdal. Il n'en est pas moins très intéressant à signaler.

Je rapprocherais volontiers ces trois observations de celle du confrère, cité dans ma communication à la Société française d ophtalmologie, qui avait été atteint de névrorétinite septique, à la suite d'une sinusite maxillaire. D'après l'histoire clinique de ce dernier malade, que je n'avais pu observer au debut des accidents, je suis resté convaincu qu'il avait présenté une polysinusite avec propagation de l'infection du sinus sphénoïdal et de là au nerf optique.

Pour expliquer les formations de ces névrites, il n'est pas nécessaire d'insister sur les rapports intimes qui unissent le sinus avec le canal optique et avec la première partie du trajet du nerf dans l'orbite. Après BERGER, HOLMES (1) a bien montré que la paroi externe du sinus sphénoïdal était en rapport en arrière avec le sinus caverneux, en avant avec le canal optique et avec la gouttière qui continue ce canal du côté de l'orbite. Plus en avant encore le nerf optique n'est pas très éloigné des cellules ethmoïdales postérieures qui communiquent quelquefois avec le sinus sphénoïdal.

Sur 50 cas examinés, HOLMES n'a trouvé que deux fois une lacune entre le sinus et l'orbite, la muqueuse se trouvant directement en rapport avec la gaîne du nerf optique ; mais dans le plus grand nombre de cas, la lame osseuse était extrêmement mince, papyracée, surtout chez les sujets âgés.

(1) HOLMES. Arch. of ophtalmology, XXV, n° 4.

On a cherché à expliquer la propagation de l'inflammation par des anastomoses vasculaires, qui restent douteuses. Est-il bien nécessaire d'ailleurs d'invoquer ces anastomoses et le processus infectieux ne peut-il pas se faire de proche en proche ?

J'en arrive à la question du genre de névrite optique que l'on observe dans le cas de sinusite sphénoïdale.

Dans son beau travail sur la chirurgie du sinus sphénoïdal, M. BERGER admet que certaines atrophies optiques de croissance, dont l'origine est douteuse, en particulier, ce qu'il appelle l'atrophie *génuine* du nerf optique, ou maladie de LEBER, seraient dues à un développement irrégulier du sinus entraînant la compression lente du nerf optique dans son canal. C'est un processus analogue, mais à marche rapide, qui entraînerait ces troubles oculaires dans ces cas d'infections du sinus. Il y aurait névrite ou périnévrite aiguë rétrobulbaire, canaliculaire, analogue dans ses effets à la névrite rétrobulbaire de DE GRAEFE. Cette névrite se manifeste par une amaurose subite ou par un rétrécissement concentrique du champ visuel. Quant à l'examen ophtalmoscopique, il reste négatif, du moins au début, à peine un peu d'état flou du bord de la papille, diminution plutôt qu'élargissement du calibre des veines, en tous cas, pas de saillie de la papille. Beaucoup plus tard, on observe l'atrophie papillaire.

Sans vouloir nier la possibilité de cette névrite rétrobulbaire, canaliculaire, dans les affections du sinus sphénoïdal, il nous semble que les faits de névrite œdémateuse que nous avons rapportés, cadrent beaucoup mieux avec ce que nous savons aujourd'hui des névrites infectieuses.

Il ne fait plus de doute pour personne que l'œdème papillaire soit dû à une infection, se propageant par les gaînes du nerf optique et non au refoulement du liquide sous-arachnoïdien, comme le pensent SCHMIDT et MANZ. Si la névrite est bilatérale, il y a toute chance pour que la cause du processus infectieux soit dans l'encéphale ; si la lésion est, au contraire, unilatérale, comme c'était le cas chez nos malades, l'infection a atteint le nerf optique, au-dessous du chiasma ou dans l'intérieur de l'orbite.

Nombreux sont les cas de tumeurs ou d'infections orbitaires dans lesquels on a observé la névrite avec stase unilatérale; or, il est aujourd'hui certain que les sinusites sphénoïdales sont fréquentes, et passent

trop souvent inaperçues. Les rhinopharyngites supérieures, affections très communes et très rebelles, peuvent, à un moment donné, se propager au sinus sphénoïdal sous l'influence d'une infection nouvelle, telle que la grippe, la rougeole, ou un simple coryza aigu. Sans doute l'invasion du sinus peut être annoncée par les signes sur lesquels Berger et son élève Kaplan ont insisté avec raison, mais les signes manquent assez souvent, ou les malades et le médecin n'y prêtent pas assez d'attention et alors peuvent apparaître ces graves complications du côté du nerf optique.

Nous pouvons donc conclure en disant qu'en présence d'une névrite avec stase unilatérale, il faut rechercher avec soin l'état du sinus sphénoïdal, des cellules ethmoïdales postérieures de la partie supérieure de l'arrière-cavité des fosses nasales. Bien souvent l'examen attentif de cette région fera reconnaître le point de départ de l'infection du nerf optique. Cette connaissance des lésions du pharynx et du sinus est de la plus haute utilité pour éclairer l'étiologie et la pathogénie de ces névrites, qui sont encore si obscures.

L'intervention par la méthode de Zuckerkandl permettra de tarir la suppuration sinusienne ; elle n'a malheureusement qu'une très faible action sur le nerf optique, dont les lésions aboutissent finalement à l'atrophie.

Traitement de l'Épilepsie essentielle

Par le docteur G. Carrière

Agrégé des Facultés de Médecine

Chef du Laboratoire des Cliniques à l'Université de Lille

Vouloir décrire le traitement de l'épilepsie essentielle, c'est, semble-t-il, faire œuvre absolument inutile, car il est peu de praticiens qui, en eux-mêmes, ne se disent : épilepsie = bromure. Cette formule est vraiment par trop simpliste et on s'exposerait en l'appliquant dans la pratique à de nombreux mécomptes sans pouvoir cependant s'en prendre à d'autre qu'à soi-même.

Il est donc toujours utile de bien spécifier les conditions précises qui président à ce traitement et qui me sont dictées par une pratique journalière de six années passées dans le service de mon maître le professeur Pitres et par plusieurs observations recueillies à Lille même, soit dans mon service de consultations gratuites, soit dans mon cabinet.

Je diviserai cette étude en deux parties et je passerai successivement en revue le traitement des accès épileptiques et celui de la période intercalaire.

Il est bien entendu que je ne considère ici que l'épilepsie pure, essentielle et non symptomatique.

I. — *Traitement des accès*

Peut-on immédiatement, à l'approche de la crise, l'empêcher de se produire ou la modifier dans son évolution ?

Dans l'immense majorité des cas, la crise débute avec une brusquerie telle, que toute intervention est absolument inutile, absolument inefficace. Il n'en est pas de même lorsque les malades ressentent certains malaises, certaines sensations qui leur annoncent l'approche de l'accès. Chez eux l'injection hypodermique de morphine, d'éther ou bien d'apomorphine, l'inhalation de chloroforme, d'éther, de bromure d'éthyle ou de nitrite d'amyle peuvent enrayer la crise, la rendre moins violente.

Certains auteurs partisans de cette théorie qui veut que l'épilepsie soit l'unique résultante d'une congestion due à la vaso-dilatation des capillaires cérébraux ont tenté, mais sans succès du reste, de contrecarrer ce flux encéphalique en faisant un appel de sang vers la périphérie à l'aide de la ventouse de Junod, des sinapismes, des ventouses sèches ou seulement en liant les membres à leur racine. D'autres, suivant le conseil de Prichard, ont préconisé la compression des carotides. Cette dernière pratique est parfois suivie de succès et parfois j'ai pu enrayer un accès ou souvent l'atténuer fortement en y ayant recours.

Dans le même ordre d'idée j'ai vu des épileptiques qui, prenant un bain de pieds fort chaud et très sinapisé au moment où ils ressentaient les premiers avant-coureurs de leur crise, parvenaient à l'atténuer ou même à l'éviter.

Certains épileptiques savent qu'ils vont être frappés parce qu'ils sont obsédés par telle ou telle idée fixe dont ils ne sauraient distraire leur attention. Leur entourage, qui le comprend fort bien, fait alors tout et le reste pour chasser de leur front ce nuage qui l'assombrit et, ma foi ! s'il y réussit, la crise peut être détournée. On se trouve bien en ce cas de flageller le malade à l'aide de serviettes trempées dans l'eau glacée, de lui faire ingérer un liquide glacé ou même

de lui recouvrir la tête de compresses mouillées et fréquemment renouvelées.

Il existe enfin des cas, fort peu nombreux du reste, où une excitation violente portant sur la périphérie ou les centres, peut enrayer l'accès. J'ai vu certains épileptiques chez lesquels une impression lumineuse très vive, un bruit assourdissant, une saveur très amère, l'ingestion d'un liquide très fortement alcoolique, semblaient entraver l'éclosion de l'accès.

Quant aux excitations périphériques, elles sont ici bien moins souvent efficaces que dans l'épilepsie symptomatique et les observations des auteurs sont, en bien des cas, extrêmement douteuses au point de vue du diagnostic. Il n'en est pas moins vrai qu'en certains cas ces manœuvres ont indubitablement leurs avantages. Je fus accosté brusquement, vers onze heures du soir, à la sortie du théâtre, par un homme que je ne reconnus qu'après coup pour avoir fait un séjour dans le service de mon maître le professeur Pitres : « Serrez-moi le poignet, s'écria-t-il ! serrez-moi fort ! je vais avoir ma crise. » J'obéis machinalement, je serrai violemment le poignet de mon interlocuteur et j'empêchai la crise de se produire. Eh bien ! cet homme était un épileptique pur, avéré, et néanmoins chez lui la constriction énergique du poignet faisait avorter absolument la crise. Un jeune homme de Roubaix, que je traite et qui est atteint de mal comitial pur, voit parfois aussi sa crise jugulée lorsqu'on lui serre énergiquement les mains. Un autre se mordait énergiquement le doigt auriculaire droit ou gauche et arrêtait fort souvent la marche de l'accès. D'autres s'asseyent sur leurs mains ou sur la jambe du côté opposé lorsqu'ils sentent venir l'accès.

Hugklings Jackson rapporte l'observation d'un épileptique chez qui on empêchait la crise de se produire en exerçant une traction brusque et intense sur le bras.

La compression brutale d'un tronc nerveux exerce bien souvent la même influence bienfaisante. A ce sujet j'ai souvent remarqué qu'au début d'un accès une compression faite avec un corps dur (rebord d'un stéthoscope) sur le nerf cubital dans la gouttière, empêchait la crise d'évoluer. J'en dirais autant pour la compression des phréniques.

J'en passe, car la liste de ces petits moyens est vraiment interminable. Empiriques, ils ne sont ordinairement découverts que par hasard et c'est le plus souvent le malade qui nous l'indique lui-même.

Mais nos efforts restent vains, la crise suit son cours.

Il faut alors étendre le sujet sur le dos de tout son long, la tête légèrement inclinée en arrière et non relevée comme on a si souvent l'habitude de le faire. Il faut délacer les vêtements, desserrer col et cravate, ouvrir largement les fenêtres de l'appartement dans lequel on se trouve, faire élargir autant que possible le cercle des curieux qui ne manquent jamais de s'ameuter autour du malheureux épileptique frappé sur toute voie publique.

Il faut autant que possible écarter les mâchoires et introduire entre elles un bouchon, un bout de bois, ce que l'on a sous la main : ceci pour prévenir la morsure de la langue.

La tête doit être légèrement tournée à droite ou à gauche pour favoriser l'écoulement de la salive et de l'écume de la bouche.

Si la respiration est difficile il convient de pratiquer des tractions rythmées de la langue ou la respiration artificielle ; il convient également de soutenir et d'élever l'os hyoïde.

A ce moment toute tentative thérapeutique est inutile. Tous les moyens préconisés échouent misérablement. Il ne faut pas fatiguer le malade par des manœuvres platoniques. Il est nécessaire seulement de veiller à ce que le patient ne se contusionne pas dans ses mouvements convulsifs qui, du reste, sont ordinairement peu violents.

Une fois la période stertoreuse arrivée, il faut soigneusement respecter le sommeil du malade, le laisser se réveiller tout seul sans intervenir en aucune façon.

En tout ceci, on le voit donc, pas de médicaments ! L'action doit se borner à surveiller l'évolution de la crise de façon que celle-ci cause le moins de dégâts chez le malade.

Mais l'accès, au lieu de tourner court, se répète, l'état de mal se confirme, qu'est-ce qu'il nous faut faire ?

Ici encore tout n'est que chaos.

Le patient devra être placé dans une chambre obscure : le plus grand silence ne doit y cesser de régner. On se gardera soigneusement de le tourmenter de manœuvres inutiles, voire même dangereuses. Du calme, rien que du calme et le plus de calme possible. Je rejette absolument à ce compte

toute tentative intempestive pour faire boire ou manger le malade.

La première chose à faire sera de donner un grand lavement évacuant, suivant la formule :

Sulfate de soude	20 gr.
Follicules de séné.	20 gr.
Miel de mercuriale	40 gr.
Eau glycérinée.	210 gr.

La saignée, copieuse et rapide, m'a donné en deux cas d'excellents résultats. J'en dirais de même du lavage du sang. J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'hématocathartise chez des épileptiques en état de mal et tous deux ont guéri.

J'ai obtenu aussi le retour à la santé d'un épileptique en état de mal chez lequel j'employais la chloroformisation suivant le procédé dit « à la reine ». Nous avons employé, dans le service de M. le Professeur Pitres, mais sans aucun résultat, le bromure d'hyoscine, l'hydrobromate d'hyoscine, le sulfate d'atropine. Ce qui, dans quelques cas, réussit assez bien, ce sont les lavements chloralés : souvent ils produisent des cures inespérées.

Quant au nitrite d'amyle préconisé par Crichton-Browne et à l'hydrate d'amyle employé par Wildermuth, Gurtler et Nacke, ils n'ont jamais donné les résultats attendus. J'en dirai de même du sulfate de morphine auquel Trowdbrige attribue des succès.

Ce sont encore les bromures qui, ici, semblent donner les résultats les plus satisfaisants. Le meilleur moyen de les faire absorber est d'introduire une sonde œsophagienne de petit calibre par l'une des narines et de pousser dans l'estomac, à l'aide d'une seringue, la solution de bromure de potassium associé au chloral suivant la formule :

Bromure de potassium. . .	5 à 10	grammes
Hydrate de chloral.	4 à 8	»
Eau de fleurs d'oranger. . .	200	»

Dans le même ordre d'idées j'ai obtenu de bons résultats en introduisant de la même façon dans l'estomac quatre à six cuillerées par jour de la potion :

Croton chloral hydraté . . .	5 à 10	grammes
Alcool	10	»
Glycérine.	20	»
Eau distillée	120	»

Mais souvent l'on n'a même pas le temps d'user de ces moyens, le sujet asphyxie : c'est à la respiration artificielle, aux tractions rythmées de la langue, à la faradisation des muscles thoraciques que l'on aura recours. Si l'état de mal se prolonge, le devoir du praticien est alors de soutenir les forces du malade en lui introduisant dans l'estomac du lait et de la somatose destinés à soutenir ses forces.

Telles sont les indications précises que le médecin a à remplir en présence d'un épileptique en crise. Il nous reste, et ce n'est pas la moindre part, à voir ce qu'il aura à faire dans la période intercalaire pour empêcher le retour des accès.

De la dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus

par le Docteur J. Vanverts

Ancien Interne lauréat des hôpitaux de Paris

Pour faire pénétrer dans la cavité utérine le doigt explorateur ou la curette, il est presque toujours nécessaire de dilater préalablement le col de l'utérus. En dehors des cas de rétention placentaire récents, celui-ci est, en effet, trop étroit pour les laisser passer.

La *dilatation lente et progressive*, faite à l'aide de tiges de laminaire de dimensions croissantes et prolongée pendant 2, 3 et 4 jours, constitue certainement le meilleur procédé, pour diverses raisons que nous n'avons pas à développer ici.

Toutefois, la *dilatation extemporanée* a ses partisans et elle devient seule possible dans les cas où l'on ne peut immobiliser la malade au lit pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération et dans ceux où il faut agir vite. On l'exécute généralement à l'aide de divers dilatateurs métalliques à deux et, mieux, à trois branches, qu'on écarte progressivement l'une de l'autre ; on se sert aussi des bougies d'Hégar, dont on passe successivement des numéros de plus en plus considérables.

Cette dilatation instrumentale est excellente ; mais elle nécessite l'emploi d'appareils spéciaux, qu'on peut ne pas posséder ou avoir oubliés. C'est dans ce dernier cas que je me trouvai récemment en présence d'une malade atteinte, depuis deux mois, d'hémorrhagies consécutives à un avortement. Le médecin avait, à deux reprises et sans succès, fait un curettage sommaire, sans anesthésie, et avait trouvé dans les deux

cas le col utérin suffisamment large pour laisser passer facilement la curette. Sur l'assurance qu'il me donna qu'il en serait encore ainsi, je négligeai de lui demander de contrôler la persistance de l'état de dilatation du col et j'omis, au moment où je me rendis chez la malade, que je n'avais pas examinée antérieurement, de me munir d'un dilatateur ou de bougies.

Or, le col était absolument revenu sur lui-même, et, seul, l'orifice externe était légèrement dilaté. Ne pouvant me procurer sur le champ d'instrument dilatateur, je résolus de recourir à la dilatation digitale.

La malade étant anesthésiée, je saisis la lèvre antérieure du col avec une forte pince-érigne, que j'abaissai et maintins solidement avec la main gauche; puis, avec le petit doigt de la main droite, je tentai d'exécuter une manœuvre identique à celle qu'on fait avec les bougies d'Hégar : je fis pénétrer l'extrémité du doigt dans l'orifice cervical externe légèrement dilaté, et, à l'aide de mouvements violents de propulsion et de rotation, j'arrivai progressivement et non sans efforts à traverser le col et son orifice interne, et bientôt je pus constater l'existence d'un polype fibrineux. L'index, remplaçant alors l'auriculaire, rendit la dilatation plus complète et permit d'introduire facilement la curette dans la cavité utérine.

Ce procédé de dilatation extemporanée du col utérin, qui me donna des résultats aussi satisfaisants dans des circonstances embarrassantes, nécessite l'existence d'un état de légère dilatation; mais il est rare qu'il n'en soit pas ainsi.

La dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus constitue donc un moyen excellent, simple et qui peut rendre de notables services dans les cas que je signalais au début de cet article. A ces divers titres, il m'a paru utile d'attirer sur lui l'attention.

J'ai fait des recherches, peu nombreuses et par conséquent insuffisantes, pour savoir si ce procédé n'avait pas été conseillé avant moi ; je ne l'ai trouvé mentionné nulle part. Je me garderai toutefois d'en réclamer la paternité, car il n'est guère admissible que quelque chirurgien, se trouvant dans les conditions que je signalais plus haut, n'ait pas eu l'idée d'y recourir.

NICOLAS DE LA FRAMBOISIÈRE

ET LA

MÉDECINE IL Y A TROIS SIÈCLES *(Suite)*

par le docteur **Potel**, chef de clinique à la Faculté de médecine

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET SÉMÉIOLOGIE

Pour practiquer la Médecine par méthode, il faut premièrement cognoistre le mal, puis preidire ce qui en adviendra et incontinent après mettre la main à la cure.

Pour maintenir sa réputation, il ne faut jamais entreprendre la cure des maladies déplorées, ains les convient laisser là, et en preidire seulement la fin. C'est le devoir d'un homme bien advisé de ne point toucher celuy qui ne peut eschapper, de peur qu'il ne semble avoir donné le coup de la mort à celuy qui ne le pouvait éviter.

L'on s'apercoit quelle partie du corps est malade par l'action offensée par l'espèce et situation de la douleur, par les excremens et par les accidens.

La douleur pulsative enseigne que l'artère ou la partie voisine est travaillée, la pongitive fait paroistre que la membrane est piquotée, la convulsive que les nerfs ou tendons sont tirez par violence, la tensive que les veines sont remplies outre mesure, celle qui semble profondément froissée donne à entendre que le perioste endure.

Ce qui sort du corps fait quelques fois clairement paraistre la partie offensée.

Si en toussant, on jette quelque cartilage, il ne faut point douter que la canne des poulmons ne soit entamée; si dans les urines on aperçoit quelque lopin de chair, il y a apparence que les roignons sont endommagez, si parmi les selles on voit des raclures de boyaux, il est certain que les intestins sont ulcérez. L'on est asseuré que l'estomach est navré quand la viande ou le chyle sort par la playe, et que les intestins sont blessez quand il y eschappe de la matière fécale par l'ouverture, et que la vessie est couppée quand l'urine coule dehors par l'incision.

Maladie est une indisposition contre nature qui blesse immédiatement l'action. La maladie est triple, similaire, instrumentaire et commune. Celle-ci blesse premièrement l'action de la partie similaire, l'autre pervertit préalablement l'usage de la partie organique; la dernière offense les deux ensemble.

La cause antécédente de la maladie est double, l'une est nommé Plethore, autrement plenitude, l'autre Cacochymie. Plethore est une repletion de toutes les humeurs également augmentées, ou bien de sang seulement Cacochymie est une repletion de cholère ou de mélancholie, ou de phlegme.

La grandeur de la maladie suit la grandeur de la cause.

La bile cause toujours des maladies aiguës qui sont ter-

minées en peu de temps. Mais la mélancholie est la plus visqueuse de toutes les humeurs et qui faict des plus longues stations, à raison quelle est froide, seche et espaissie, n'estant autre chose que la lye du sang. Aussi est la pituite fort visqueuse, et après la mélancholie, la plus difficile à tirer dehors.

Les maladies lentes sont volontiers longues. Mais les maladies aiguës sont jugées en dedans quatorze jours ; et les fort aiguës en sept jours pour la plupart.

PATHOLOGIE INTERNE.

AFFECTIONS NERVEUSES.— *Manie* est une reverie avec rage et furie, sans fievre, provenant d'humeur attrabilaire, engendrée par adustion de la colère ou de la mélancholie ou du sang.

Si la manie provient d'abondance de sang bouillant, il en faut tirer une bonne quantité. Mais si le mal est cause de bile bruslée il n'est pas bon d'ouvrir la veine, pour ce que le sang est le frein de la cholère.

Léthargie est une indisposition assopissante, avec fièvre lente, oubliance et lâcheté, procédante d'une froide et humide intempérature du cerveau, causée de matière phlegmatique. Tu penseras ainsi la léthargie : du commencement, tu recueilleras le malade ; ou après tu evacueras, destourneras et repercuteras la matière, puis tu corrigeras l'intemperature et les accidens ; finalement tu conforteras le chef.

Convulsion est un retirement de nerfs et de muscles vers leur origine contre nostre volonté, avec sentiment de douleur. Elle se faict ès corps nerveux des animaux, lorsque pour l'une ou l'autre cause, les nerfs par trop bandez amènent les muscles avec eux. Comme les convulsions se font de diverses causes, aussi la manière de les penser est-elle différente. Car la convulsion de plénitude demande evacuation ; la convulsion de sécheresse, humectation ; celle de mordification, des lenitifs et celle de froideur, des calefactifs.

Epilepsie est une convulsion de tout le corps, causée par une grande abondance d'humeur pituiteuse ou melancholique, laquelle venant à remplir à coup les ventricules du cerveau, fait que pour l'empeschement du passage de l'esprit animal, le malade tombe quand et quand.

Durant l'accez, il faut incontiment destourner du cerveau la matière nuisible par tous moyens et resveiller le sentiment assopy pour estre plus tost quitte du mal. Et pendant la trève donner ordre : premièrement de préparer, puis d'évacuer petit à petit, divertir et dériver l'humeur peccante, pareillement de combattre la qualité maligne et de corriger après l'intempérature froide et humide du cerveau, et fortifier le chef.

Des douleurs de teste. — Toute douleur de teste procede d'intempérature ou de solution de continuité. La douleur pesante provient d'abondance d'humeurs froides et pituiteuses. La douleur mordicante, corrosive et perforative d'humeur ou vapeur bilieuse et acre, qui pique les membranes. La douleur tensive, d'abondance de ventositez ou d'humeurs plus douces insinuées entre le crâne et le pericrane ou entre le crane et la dure mère qui séparent ces membranes de l'os. La douleur pulsative, de sang subtil et cholere ou d'esprit superflu, duquel les artères enflées et estendues poussent plus fort et heurtent contre les membranes.

Pour bien penser tous les maux de teste intérieurs, il faut premièrement oster la cause antécédente par saignée et purgation ; en après tirer hors la matière conjointe par la bouche et les narines, avec masticatoires, gargarismes, errhines ou sternutatoires, puis appliquer des topics par dehors pour refouler le reste de l'humeur peccante. Il faut des topics qui soient au commencement repercussifs, au declin digestifs et sur la fin confortatifs.

AFFECTIONS RESPIRATOIRES. — *Catarrhe* est une defluxion d'humeur superfluë qui tombe du chef sur les parties d'en bas. Le catarrhe est froid ou chaud. Le froid est souvent causé d'une grosse et espaisse pituite et le chaud d'une pituite salée ou d'autre humeur acre. En la cure du catarrhe, l'on se doit proposer trois buts, le premier est de tarir la source, le second d'épuiser la fontaine ; le troisième d'arrêter le cours impétueux de ses ruisseaux. Pour cela, quand la nature est bien préparée il la faut évacuer, divertir, destourner et résoudre.

Asthme est une fréquente respiration, sans fièvre, telle qu'ont ceux qui sont las pour avoir couru vite. Le vray asthme s'engendre d'une grande abondance d'humeur grasse et visqueuse amassée de longue main dans les cavités du poumon. Pour bien penser l'asthme, il faut ordonner une manière de vivre attentive et dessicative, purger souvent les superfluitez du cerveau, bailler force clystères après, user d'errhines et de sternutatoires, appliquer des ventouses au-dessus des reins, et si la nécessité le requiert des cantharides derrière la teste et des cauteres à la suture coronale, faire tous les jours des frictions sur la teste, avec des sachets dessiccatifs, résolutifs et corroboratifs et au partir de là des parfums : Et pour despetrer les poumons procurer l'expectoration de la matière espesse et gluante dont ils sont remplis avec syrops, juleps apozemes, lochs, condits, electuaires et autres pareils remedes attenuatifs, detersifs, mondificatifs, remolitifs, lenitifs, bechics, résolutifs et confortatifs.

> La *péripneumonie*, un brasier consumant
> Va dans ses trous venteux, inhumaine, allumant.

La peripneumonie primitive se fait d'un sang subtil et bilieux chassé avec violence du ventricule dextre du cœur par la veine artérielle dans les poulmons où il vient se pourrir. L'autre succède à la squinance et à la pleurésie.

MALADIES DU FOYE. — *Hydropisie* est une enfleure de tout le corps ou du ventre, procédante d'humeur ou de flatuosité. Toute hydropisie est engendrée d'un grand refroidissement de foye, soit qu'il ait premièrement commencé par là ou qu'il soit survenu par la communication du vice des autres parties. Car elle arrive lorsque le foye est tellement refroidy, qu'au lieu de sang il fait de l'eau, de sorte qu'il est frusté de la sanguification. Ce qui luy advient de soy-mesme ou par compassion de la rate, de la vessie, du fiel de l'estomach, des intestins, des reins, des poulmons ou d'autres parties prochaines. Car souvent le foye vexé de quelque intempérature, obstruction, inflammation, skirrhe ou autre vice, est tellement refroidy, que la sanguification estant dépravée, s'en ensuit l'hydropisie.

Ictère est un débordement de la bile par tout le corps. Il y a trois sortes d'ictère, nous en appelons l'une proprement jaunisse, laquelle est causée de bile jaune, par le vice du foye ou de la bourse du fiel, l'autre est noirâtre, engendrée de bile noire, pour l'indisposition de la rate, la dernière tire sur le verd, provenant du meslange de l'une et de l'autre humeur, laquelle est ordinaire aux filles qui ont palle couleur.

AFFECTIONS INTESTINALES. — Des *flux de ventre*. — Lientérie, Cœliaque, Diarrhée et Dysenterie sont flux de ventre immodérés autant différents de nature et de causes, que de noms.

Lientérie est un flux de ventre où les choses qu'on a beu et mangé sortent incontinent par bas, toutes telles qu'elles ont été avallées. Dans la Cœliaque les excremens ne sortent pas tous cruds incontinent après qu'on a prins la viande, ains coulent dehors à demy cuicts unis et esgaux, presque en forme de chyle ou de cresme.

Diarrhée denote le cas où les humeurs pures ou méllangées s'écoulent sans grand sentiment de douleur. Car quelquefois la pituite à part, où la bile jaune ou noire pure. Dysenterie est un flux de ventre sanguinolent provenant d'ulceration des intestins avec douleur et trenchée.

Colique. — Il y a deux sortes de colique, l'une venteuse, l'autre humorale. La colique venteuse est vagabonde et tournoie en divers endroits. Le vent qui l'engendre estend violemment l'Intestin et l'oit on le plus du temps bruire et murmurer dans le ventre. L'autre est causée d'humeur phlegmatique grosse et visqueuse, aucune fois d'humeur acre et mordicante, et vraiment cholérique qui induit aussi quelquefois inflammation.

AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES. — Du *calcul*. — La cause matérielle du calcul est une humeur grosse et visqueuse, qui court avec le sang et la sérosité aux reins, procédant le plus souvent de cruditez. La cause efficiente est la chaleur excessive des reins, qui bruslant, desséchant et endurcissant cette humeur, la transforme en une pierre.

Le calcul de la vessie le plus du temps a prins son commencement des reins. Quelquefois aussi, il est premièrement engendré en la vessie, d'un suc gros et crud, porté par les veines avec l'urine en sa capacité, lequel résidant au fond, ainsi que la lie, à force d'être desséché par la chaleur du lieu se tourne petit à petit en pierre.

Le calcul de la vessie est plus malaisé à guérir que celuy des reins, à raison que les médicaments, pour la longueur du chemin ne parviennent pas jusque-là avec leurs forces entières.

La *dysurie* arrive volontiers aux vieilles gens, car d'autant que les forces sont débiles, ils ont les reins, le plus du temps oppilez de pierres qui s'y engendrent, lorsque les superfluitez grosses et visqueuses arrestées là deviennent dures et calleuses.

GONORRHÉE. — *Gonorrhée* est un flux de semence qui se fait petit à petit, contre la volonté, sans l'usage de Vénus, sans songes charnels, sans tension de la verge avec un peu ou point de délectation ou chatouillement.

Quand en songeant au plaisir charnel, la semence sort hors abondamment, non cruë comme de l'eau, ains avec grande delectation, cela est vulgairement appelé pollution nocturne.

L'on appelle *gonorrhée virulente*, autrement chaude-pisse quand il sort insensiblement des vaisseaux spermatics, aussi bien en veillant qu'en dormant, sanie blanchatre jaunatre ou verdoyante, laquelle venant avec le temps à se pourrir, acquiert une telle acrimonie, qu'elle ronge et escorche le conduit de la verge en passant et y cause une ardeur et douleur poignante quand on rend l'urine.

Elle prend la naissante d'une copulation impudique, quand il n'en eslève quelque maligne vapeur aux parties spermatiques, lesquelles estant vindées et echauffées par l'Acte venérien, en sont tellement infectées et souillées que la matière de la semence n'est pas plus tot parvenue là qu'elle s'eschauffe, se pourrit et corrompt et se tourne en une sanie virulente qui est incontinent, après jettée hors.

La chaude pisse négligée est cause de la verolle, le semenaire de la contagion, venant à gagner le foye et autres parties nobles car les exhalaisons putrides, malignes et virulentes enlevées des parties genitales en haut par les veines artères et nerfs souillent et infectent de leur venimeuse contagion les parties nobles du corps et incontinent après toutes les autres. *(A suivre).*

VARIÉTÉS

Les remèdes bizarres

Les remèdes bizarres sont de tous les temps : nous voyons encore appliquer les cataplasmes de bouse de vache et les pigeons éventrés vivants sur la tête des enfants atteints de

méningite, laver les yeux avec de l'urine dans l'ophtalmie, etc. Néanmoins autrefois les médecins partageaient les préjugés populaires et donnaient plus d'autorité à l'emploi de ces surprenantes panacées.

L'*Echo du Public* du 17 juin donne à ce sujet les intéressants détails suivants :

« Charles ETIENNE et Jean LIÉBAUT, docteurs-médecins du XVIe siècle, mentionnent dans leur maison rustique, un grand nombre de remèdes composés de ce que l'on trouve sous la main à la campagne, en voici quelques-uns :

« L'*apoplexie* (pour prévenir), boire tous les jours une cuillerée d'eau-de-vie sucrée et manger immédiatement après un morceau de pain blanc. — *Clou* (pour faire suppurer un), appliquer sur le clou de la fiente de brebis détrempée dans le vinaigre. — *Epileptiques* (pour faire revenir les) : 1° passer au doigt du malade une bague dans laquelle on aurait enchâssé un morceau de corne de pied d'élan ; 2° pincer le gros doigt du pied du malade ou lui frotter les lèvres avec du sang humain. — *Dissenterie*, prendre du sang de lièvre desséché ou de la poudre d'os humain. — *Fièvre continue*, mettre sur le cœur ou sur l'épine du dos, le cœur d'une grenouille. — *Fièvre tierce*, boire tous les jours une infusion d'eau de carotte. — *Frénésie*, mettre sur la tête de la fressure et le poumon d'un mouton fraîchement tué ou un pigeon ouvert. — *Fausses-couches* (pour prévenir les), faire prendre une poudre composée de graines de kermès et d'encens mêlé dans un jaune d'œuf frais, avoir toujours au doigt une bague de diamant. — *Jaunisse*, prendre de la poudre de vers de terre dans du vin blanc ou boire de sa propre urine. — *Mal de dents*, piler une gousse d'ail cuite sous la cendre, et l'appliquer sur la dent, le plus chaud possible. — *Mal de tête par ivresse*, manger des amandes amères. — *Peste* : 1° faire une décoction d'angélique, y mêler dix feuilles de rue, un grain de sel, de vieilles noix et une figue ; 2° appliquer sur le bubon de la peste un petit pain tout chaud ouvert. — *Pierre*, l'eau d'une plante appelée crespinette qui croît aux environs de Villeneuve-la-Guyard, à quelques lieues de Sens. — *Surdité*, faire distiller dans les oreilles du jus d'oignons avec du miel. — *Stérilité*, prendre du jus de sauge avec un peu de sel. — *Vents* (enflure par), appliquer sur la partie malade du sel grillé mis entre deux linges. — *Vers des enfants*, sirop de fleurs de pêcher avec la poudre de chardon *béni*. »

Les préjugés sont si puissants que même à notre époque nous voyons le public ne pas hésiter à employer, dans l'espoir de guérir, les substances les plus répugnantes ; tout le monde sait le commerce de graisse de cadavre fait naguère par les garçons d'amphithéâtre pour le traitement des vieilles douleurs. Nous lisons à ce propos dans le *Temps* du 31 juillet, le macabre fait divers suivant qui montre jusqu'à quel point peuvent aller la sottise et la superstition :

On mande de la Roche-sur-Yon à la *Gironde* qu'un nommé Henri BROCHARD, âgé de cinquante et un ans, cultivateur à Jard, canton de Talmont, marié et père de famille, se rendit lundi à Pouzauges, où, dans la nuit du lendemain à minuit, il s'empara d'une pelle, d'un marteau et d'un ciseau qu'il trouva dans un chantier de maçons et se rendit au cimetière. Là, il creusa une fosse recouverte depuis huit jours, découvrit un cercueil, l'enfonça à coups de marteau et se trouva en présence d'un corps de femme. S'armant d'un couteau de charcutier, mesurant 40 centimètres de longueur, il trancha une partie du sein gauche du cadavre qu'il renferma dans une boîte à conserves et la plaça sous sa chemise. Après quoi il recouvrit soigneusement le cadavre et combla la fosse. Les coups frappés sur la bière avaient épouvanté les voisins du cimetière qui avertirent le fossoyeur. Celui-ci alla prévenir aussitôt la gendarmerie qui se rendit au cimetière où une chasse à l'homme eut lieu. BROCHARD, se voyant pris, leva vers les gendarmes un énorme bâton qu'il portait, mais, saisi bientôt, il ne fit aucune résistance, il déclara que depuis quelque temps il souffrait d'un abcès dans la tête, et qu'il avait consulté bien des docteurs sans obtenir de soulagement. C'est alors qu'il s'était adressé à des sorciers, qui lui avaient conseillé de la « quinine de mort », et dit que pour s'en procurer il lui fallait de la chair humaine ; c'est pourquoi il était venu dans le but de prendre la tête, le cœur et un doigt d'un homme mort, mais qu'ayant trouvé une femme il s'était contenté de prendre un sein. S'il était venu à Pouzauges plutôt qu'ailleurs, c'est qu'il savait que son ancien maître habitant Pouzauges était mort et que c'était une partie de son cadavre qu'il voulait se procurer. BROCHARD a été mis à la disposition du procureur de la République de Fontenay-le-Comte. »

Le Progrès Médical. J. N.

Le vin vieux et les malades des hôpitaux de Brême

Du vin vieux de deux siècles et demi, voilà une boisson qui n'a rien d'ordinaire ! C'est dans les caves, fermées à triple tour, de l'Hôtel-de-Ville de Brême, que se trouve ce vin, dont l'arome et le bouquet, malgré le grand âge, sont encore, dit-on, d'une finesse exquise. Il remonte à l'année 1653, une des meilleures pour le cru de Rudesheim, dont il provient. Seuls, les *malades gravement atteints, de l'hospice municipal de Brême*, ont le droit d'en boire la valeur d'un ou deux petits verres.

Personne d'autre n'y a jamais goûté, sauf l'empereur Guillaume Ier, Frédéric III et le prince de Bismarck. La clé de la cave est confiée aux soins du syndic, qui ne doit s'en servir qu'en présence de l'économe de l'Hospice. On estime qu'il reste dans le vaste tonneau trois ou quatre cents litres de Rudesheim, dont le prix, s'il était jamais à vendre, représenterait une fortune.

(*Gazette médicale de Paris.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecine et somnambulisme.

Ce ne sont pas seulement les magnétiseurs (V. l'*Echo médical du Nord,* 1899, III, p. 441) ce sont aussi les somnambules qui, dans la concurence qu'elles font aux médecins, tombent sous le coup des pénalités prononcées par la loi du 30 novembre 1892 contre l'exercice illégal de la médecine.

Témoin le jugement rendu, le 26 mai 1898, par le tribunal correctionnel de Jonzac, et dont le texte a été reproduit dans l'*Echo médical du Nord,* 1898, II, 406. Les circonstances étaient intéressantes. Depuis plus de dix ans une somnambule n'avait cessé de soigner les malades dans une localité de la Charente, Poursuivie enfin devant le tribunal, elle reconnaissait les faits, mais elle prétendait n'en pas être responsable. C'est que, disait-elle, si elle n'ignorait pas, quand elle était en état de veille, les actes auxquels elle se livrait pendant le sommeil, du moins n'avait-elle jamais donné de consultations à aucun malade sans être plongée dans le sommeil somnambulique qui anéantissait sa volonté ; son sommeil pouvait donc être volontaire, il n'en était pas moins réel, ce qui enlevait aux actes accomplis pendant ce sommeil tout caractère délictueux. Et notre somnambule invoquait à l'appui de ses affirmations des appréciations émanées d'autorités médicales, notamment du docteur Pitres.

C'était soulever devant les juges correctionnels une question très délicate. Il est certain qu'un acte inconscient, accompli par un agent qui n'a pas eu, qui n'a pas pu avoir la volonté de l'accomplir, ne saurait donner naissance à une imputabilité. « Il n'y a ni crime, ni délit, dit l'art. 64 C. pén., lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». D'une façon plus générale, toute infraction suppose un élément moral; la volonté et la liberté d'agir. Il ne peut y avoir de responsabilité pénale qu'à la charge d'une personne capable d'avoir une volonté; de même que, d'autre part, la responsabilité pénale cesse dès que la volonté est supprimée par une cause quelconque.

Mais les actes accomplis par la somnambule, pendant le sommeil somnambulique, sont-ils des actes inconscients ? Le sommeil somnambulique supprime-t-il, pendant qu'il dure, cette volonté qui est nécessaire pour entraîner la responsabilité? Nous laissons à nos doctes collègues de la Faculté de médecine le soin de répondre à cette question, en se plaçant sur le terrain de la psychologie médicale.

Restant sur le terrain du droit, nous indiquerons seulement qu'elle y est très discutée, aussi bien pour le sommeil somnambulique que pour le sommeil hypnotique. V. Garraud, *Traité de droit pénal,* 2e édition, II, no 264, p. 500.

Dans l'espèce qui lui était soumise, le tribunal correctionnel de Jonzac a trouvé le moyen d'éluder cette question, et de condamner quand même la prévenue sur le chef d'exercice illégal de la médecine. Il a considéré que les allégations de la somnambule, fussent-elles fondées, n'avaient point la portée prétendue. L'exercice de la médecine, le fait délictueux, ne resultait pas seulement des consultations données pendant le sommeil somnambulique, mais bien aussi de ces actes par lesquels la somnambule, à l'état de veille, préparait les consultations ou en utilisait postérieurement les produits. S'il y avait des actes inconcients, ces actes étaient précédés et suivis d'actes conscients, se liant indivisiblement aux premiers, et à raison desquels la prévenue ne pouvait invoquer aucune irresponsabilité.

Assez convaincants sont les détails que le tribunal relève pour étayer son argumentation. Depuis plus de dix ans, la prévenue se rendait périodiquement, et à des jours déterminés, dans telle localité, afin d'y donner des consultations ; elle s'y était procuré un local pour y recevoir le public ; elle se faisait accompagner d'une bonne chargée d'écrire les ordonnances sous sa dictée et de la réveiller au moment voulu; elle répandait partout des prospectus en vue d'augmenter sa clientèle ; enfin, elle percevait le prix des consultations. Et le tribunal ajoute, malicieusement, qu'à en croire les renseignements fournis par le maire de sa commune, elle employait ce prix avec une entente parfaite de l'économie domestique, puisqu'elle s'était enrichie à son métier et avait pu acheter, depuis qu'elle s'y livrait, une maison et des terres.

Ces actes successifs, les uns parfaitement conscients, les autres peut-être inconscients, ne devait point être isolés et envisagés séparément. Tout au contraire, ils formaient un ensemble présentant un caractère d'indivisibilité constituant l'exercice de la médecine, et dans lequel « la conscience avait une part suffisante pour que la loi pénale pût être appliquée ».

En conséquence, la somnambule, qui reconnaissait d'ailleurs n'avoir aucun diplôme, fut déclarée coupable d'avoir exercé illégalement la médecine, et, en réparation, condamnée à 200 fr. d'amende, plus les dépens.

On observera que, si cette condamnation a été prononcée par application de la loi du 30 novembre 1892, ce n'est pas cette loi qui, la première, a frappé pénalement les somnambules. Sans remonter plus haut, en 1857, la Cour de cassation avait déjà jugé que la somnambule qui exerçait l'art de guérir sans être munie de diplôme se rendait coupable du délit d'exercice illégal de la médecine, puni par l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI, encore bien qu'elle fît approuver et signer ses ordonnances médicales par un médecin, dès lors que cette approbation et cette signature n'étaient données que par complaisance et sans examen. Du reste, en pareil cas, le médecin, malgré son diplôme, se rendait, de son côté, complice du même délit et encourait la même pénalité. Cass, 25 avril 1857 (*Dalloz,* 57, I, 279).

Mais, au contraire, il n'y aurait pas exercice illégal de la médecine de la part de la femme qui, en état de somnambulisme, se contente de décrire l'état matériel des organes de la personne qui la consulte, alors qu'elle n'a fourni ces prescriptions qu'en présence d'un médecin, lequel a seul prescrit les modifications. Lyon, 9 mai 1853 (*Dalloz*, 56, II, 3). — Jugé de même, soit pour la somnambule qui indique les traitements, si ces traitements sont approuvés par un médecin qui en signe les ordonnances sous sa responsabilité personnelle, soit pour le médecin qui s'approprie ainsi les indications données par la somnambule pendant son sommeil magnétique, en les modifiant ou non. Limoges, 7 mars 1857 (*Sirey*, 57, II, 274).

La question de l'exercice illégal de la médecine par les somnambules a été effleurée, en quelques lignes seulement, par le docteur Brouardel, dans son nouvel ouvrage : *L'exercice de la médecine et le Charlatanisme*, p. 530.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Sont chargés pour l'année scolaire 1899-1900 des cours complémentaires ci-après :

Accouchements. — M. Oui, agrégé.

Médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires. — M. Carlier, agrégé.

Clinique médicale des enfants. — M. Ausset, agrégé.

Clinique chirurgicale des enfants. — M. Phocas, agrégé libre.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira, le 11 Décembre 1899, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Ecole de médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 11 Décembre 1899, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Dijon.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs J. W. Binaud, agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux ; Jules Simon, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'Honneur.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

36e semaine, du 3 au 9 septembre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	8
3 mois à un an	10	10
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	1	»
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	6	7
40 à 60 ans	6	6
60 à 80 ans	9	7
80 ans et au-dessus	1	2
Total	47	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	4	»	»	4	»	»	1	»	»	3	14	17
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	6	»	»	1	»	»	»	»	»	3	12	28
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	10	»	»	2	»	»	»	»	»	3	17	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	5	13	10
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	»	»	»	»	»	»	»	»	1	7	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	7
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	6	»	»	1	»	»	»	»	»	»	9	25
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3
Total	»	2	»	»	»	2	»	6	4	7	35	»	»	13	»	»	1	»	»	21	91	146

N° 141. Troisième Année, N° 39. Le Numéro : **10** centimes. 24 Septembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas d'hémorrhagies gastro-intestinales et scrotales chez un nouveau-né de un mois

Par le Dr **E. Ausset**, agrégé,
chargé de la Clinique des maladies des Enfants à l'Université de Lille.
Et le Dr **Derode** (de Lille).

(Communication au 5e Congrès français de Médecine).

Le jeune X..... est né à Lille, le 22 juin 1899. Il est le neuvième enfant de la famille ; mais les huit autres enfants qui ont précédé, nés les uns à terme, les autres avant terme, sont morts presque aussitôt leur naissance, celui qui a vécu le plus longtemps est mort à l'âge de 21 jours. C'est donc notre bébé qui a vécu le plus longtemps, puisque, comme on le verra plus loin, il avait 33 jours lorsqu'il est mort.

Le père et la mère sont très vigoureux et nient énergiquement tout antécédent syphilitique ; leurs dires sont cependant suspects, d'abord à cause de ces huit enfants morts prématurément, dont il vient d'être parlé, ensuite à cause du milieu particulier où se passent ces faits.

Le 24 juillet dernier, l'un de nous (le docteur DERODE) était appelé pour une hémorrhagie qui s'était produite à la partie inférieure du scrotum, près du raphé médian. Là existait une petite excoriation minuscule, insignifiante, mais d'où s'écoulait en permanence, en nappe, une grande quantité de sang. Tous les moyens externes possibles furent mis en usage pour arrêter cette hémorrhagie partie de ce point si infime ; rien n'y fit ; l'écoulement de sang persista.

Le 25 au matin il se produisit une épistaxis, en même temps que l'enfant vomissait du sang en grande abondance, sang couleur chocolat ; à cause de la simultanéité des deux hémorrhagies, il est très vraisemblable que le sang du nez était du trop plein provenant de l'hématémèse.

Dans la journée, on s'aperçut également que les selles contenaient du sang noir, en grande partie digéré ; à chaque fois que l'on mettait l'enfant au sein, il vomissait presque aussitôt rendant son lait absolument teinté par le sang.

C'est alors que le docteur AUSSET est appelé en consultation.

Nous notons une température rectale de 36°, un pouls filiforme, misérable, très difficile à saisir. L'hémorrhagie du scrotum persiste mais peu abondante. Devant nous se produit une hématémèse. Les narines sont pleines de sang coagulé.

Nous notons en outre que le petit malade est atteint d'ichthyose généralisée. Mais nous n'avons pas trouvé d'autre indice de syphilis héréditaire, sauf un teint tout particulièrement jaune, tout différent de la pâleur cireuse de l'anémie aiguë, la peau du visage est absolument parcheminée.

L'interrogatoire des parents et l'examen le plus minutieux ne nous ont pas permis de relever d'éruptions spécifiques, de plaques muqueuses, de pemphigus, de coryza.

Après avoir prévenu la famille de l'extrême gravité du cas qui nous semblait devoir se terminer fatalement dans un bref délai, nous prescrivîmes du champagne glacé, de tout petits morceaux de glace à sucer, une potion à l'ergotine et au sirop de ratanhia, des enveloppements ouatés, et la suspension absolue de toute alimentation.

Nos prévisions se réalisèrent très vite et après plusieurs autres vomissements de sang, l'enfant succombait dans la nuit suivante, du 25 au 26.

Il nous a paru intéressant de rapporter ce cas devant le Congrès de Médecine, car en somme ce sont là des faits assez rares, surtout si on veut bien remarquer que les accidents se sont produits dans le cours de la cinquième semaine, ce qui est un âge un peu insolite.

Le plus souvent ces hémorrhagies gastro-intestinales se produisent tout à fait aussitôt la naissance, dans les trois ou quatre premiers jours qui la suivent, et si nous relevons tous les cas qui en ont été publiés, nous constatons qu'en moyenne c'est vers le huitième jour que l'on observe ces phénomènes. Quoi qu'il en soit il est certain, d'après les statistiques, que les hémorrhagies sont presque toujours précoces, se produisant dans la première semaine de la vie. Or, chez notre petit malade, nous les avons observés le 24 juillet, c'est-à-dire trente-deux jours après la naissance.

Hématémèse et mélœna réunis, telle est l'habitude, et c'est ce que nous avons observé chez notre petit malade. Le sang était rejeté par la bouche et par le nez, et cela, surtout, immédiatement après les tétées les plus minimes ; d'où l'on tire la conséquence formelle de supprimer chez ces enfants toute alimentation, ce que nous avions fait.

Evidemment chez notre petit malade, le diagnostic a été facile, et nous avons pu aisément éliminer l'hémoptysie ; la muqueuse buccale, examinée minutieusement, nous a permis d'éliminer la stomatorrhagie, et l'hématémèse, ayant précédé tout écoulement par les narines, nous a permis de rejeter l'épistaxis. La répétition des vomissements sanguins, l'affaiblissement progressif de l'enfant, l'examen des mamelons de la mère nous firent aussi éliminer la déglutition d'un sang provenant de la tétée d'un mamelon crevassé.

Ce qu'il y a de très-particulier chez notre petit malade c'est l'hémorrhagie incoercible qui est survenue au niveau d'une petite plaie insignifiante, tout à fait cutanée, au niveau du scrotum. Nous avons feuilleté la littérature médicale à ce sujet et si nous avons relevé un certain nombre de cas d'hémorrhagies gastro-intestinales, d'hémorrhagies ombilicales, broncho-pulmonaires, nous n'avons pas relevé un seul cas de perte de sang par le scrotum. Il est vraisemblable qu'il y a eu là une érosion épidermique banale, semblable à celle qu'on voit chez les nourrissons qui font de l'érythème et de la desquamation ano-génitales par l'irritation des matières urino-fécales; ou bien avons-nous eu affaire à une papule ulcérée hérédo-syphilitique. Cela nous ne saurions l'affirmer, n'ayant pu observer l'enfant avant son hémorrhagie.

Quoi qu'il en soit, nous signalons ce fait unique, qui nous semble très intéressant, d'une hémorrhagie incoercible par une excoriation si minime du scrotum.

Au reste les hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés sont choses assez rares. « Hecker n'a vu que huit hémorrhagies de l'intestin ou de l'estomac sur 4,000 nouveau-nés, ce qui donne 1/500e comme proportion ; Lorenz Kling n'en a rencontré que 17 cas sur 12,000 à 13,000 accouchements, soit 1/700e » (Ribemont).

Nous n'avons pas l'intention de passer ici en revue toutes les causes capables d'amener ces hémorrhagies: ingestion de liquide amniotique irritant, de lait altéré, athrepsie précoce. Ces causes n'ont habituellement aucune valeur, et particulièrement chez notre malade, qui avait une hémorrhagie scrotale et où, par conséquent, l'ingestion de liquides irritants ne peut entrer en ligne de compte.

La respiration était tout à fait normale, les bruits du cœur également normaux, on ne pouvait donc songer non plus à des raptus hémorrhagiques consécutifs à des stases, à des congestions excessives, comme cela peut s'observer à la suite de l'asphyxie du fœtus et de certaines malformations cardiaques. Au reste dans ces cas les hémorrhagies ont lieu *aussitôt* la naissance.

Eliminons également l'idée d'une thrombose (combien exceptionnelle !!) de la veine ombilicale. Dans ces cas rarissimes, lorsque la respiration de l'enfant se fait mal, le sang stagne et un embolus peut partir de la veine ombilicale « pour aboutir en fin de compte dans une des branches du tronc cœliaque ; dans cette hypothèse, l'embolus passerait nécessairement de l'artère pulmo-

naire dans l'aorte par le canal artériel resté perméable, sans quoi l'infarctus se produirait bien plus facilement dans le poumon que partout ailleurs. » (DEMELIN. *Traité des Maladies de l'enfance*).

Dirons-nous que notre enfant était un hémophilique ? Outre que rien ne nous y autorise, car nous n'avons rien retrouvé de semblable dans ses antécédents, on commence à voir un peu plus clairement dans les faits si nombreux et si divers qu'on reliait à l'hémophilie ; c'est là un de ces termes dont on avait et dont a encore l'habitude de se contenter quand on ne sait pas au juste comment expliquer la genèse de certains phénomènes. Tous les jours le domaine de l'hémophilie se restreint et les morceaux s'en éparpillent allant en revanche étendre le champ des diverses infections et intoxications. C'est ainsi que souvent la syphilis est en cause.

Et réellement, chez notre bébé, peut-on penser à autre chose ? nous ne le croyons pas. Les parents nient toute syphilis, c'est vrai ; mais ce n'est pas nous, médecins, qui nous arrêtons sérieusement à ces dénégations souvent si intéressées ; et dans notre cas particulier n'est-il pas permis d'affirmer à coup sûr qu'il y a de la syphilis chez les parents quand on voit huit enfants naître, la plupart prématurément, quelquefois à terme, mais en tous cas succomber tous au bout de quelques jours ? Le neuvième, notre sujet, a le corps couvert d'écailles icthyosiques ; il a le teint sépia, l'aspect vieillot des syphilitiques héréditaires ; nous ne pouvons nous empêcher de dire que c'est un hérédo-syphilitique.

Et alors, comme tout s'explique facilement : ces hémorrhagies scrotales, ces hématémèses, ces mélœnas, se rattachent à une altération congénitale de tout le système vasculaire de notre malade ; on sait combien la syphilis s'attaque volontiers aux vaisseaux ; notre enfant avait certainement des artères atteintes d'endartérite et de périartérite et ce sont ces lésions qui, en produisant une friabilité toute particulière des vaisseaux, ont amené les hémorrhagies.

Nous ne voyons pas d'autre explication à fournir de ce fait intéressant et nous serions heureux si l'on pouvait nous en donner un autre plus plausible.

FAITS CLINIQUES

Par le docteur Gaudier,
professeur agrégé, chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie

I

Sarcome de la loge amygdalienne simulant un phlegmon de la région

Si le sarcome de l'amygdale est rare, le sarcome de la loge amygdalienne l'est encore beaucoup plus. Nous venons à la Clinique otologique de la Faculté de médecine de Lille d'en observer un cas aussi intéressant par son diagnostic difficile que par sa marche ultra-rapide.

OBSERVATION. — Le 10 février 1899 se présente, à la Clinique, un malade envoyé par un de nos confrères de la banlieue avec le diagnostic *amygdalite phlegmoneuse gauche*. Dans une note manuscrite, notre confrère disait qu il avait vainement cherché le pus que tout paraissait indiquer, par deux incisions au bistouri.

Le malade qui se présente à nous est un ouvrier agricole âgé de trente-cinq ans, sans aucun antécédent héréditaire, père et mère vivant encore. Il a été soldat. Il nie la syphilis, il est marié et père de deux enfants.

Il n'est nullement cachectique et se plaint seulement d'une forte gêne dans la déglutition. Il y a huit jours qu'il a commencé à souffrir. Jamais auparavant il n'a eu à se plaindre de la gorge, il ne se rappelle pas avoir eu d'angine. La gêne à la déglutition a été croissante depuis huit jours, s'accompagnant de peu de douleurs ; en effet le malade, interrogé, avoue que si ce n'était pas une gêne persistante il mangerait avec appétit. Il n'y a pas de douleur spontanée dans la région ni au voisinage. Si l'on palpe la région amygdalienne gauche, l'on constate à ce niveau la sensation d'une masse, du volume d'un œuf de poule, élastique, non douloureuse ; *il n'y a pas de ganglions*. Le malade éprouve une certaine difficulté à mouvoir la tête à gauche. Si l on veut continuer l'examen par celui de la bouche, il est aisé de constater que l'ouverture de la bouche se fait assez difficilement.

Il y a un peu de contracture des mâchoires. On y arrive pourtant avec un peu de patience, et alors, on voit en déprimant la langue qu'il existe du côté gauche de l'isthme du gosier, au niveau de l'amygdale, une tuméfaction du volume d'une mandarine, qui dévie la luette sur la droite et supprime presque complètement le passage. En analysant de plus près, on constate : que cette tuméfaction développée en arrière du pilier antérieur s'est coiffée de lui ; à ce niveau la muqueuse est d'un rouge ecchymotique ; la tuméfaction qui faisait saillie arrondie dans la bouche empiète en haut sur le voile du palais membraneux qu'elle soulève et semble pénétrer. L'amygdale gauche ne paraît pas intéressée ; en effet, du volume d'une grosse amande, normale d'apparence, elle revêt comme un

chapeau la face interne de la tuméfaction, à la surface de laquelle elle semble accolée. Il est d'ailleurs impossible de voir où le pilier antérieur va se perdre au niveau de la grosseur. Sur sa face antérieure se voient les deux incisions faites par notre confrère au cinquième jour de la maladie.

Au toucher la consistance de la masse est uniformément élastique ; il n'y a pas de point rénittent ni fluctuant. Ce toucher n'est pas douloureux, et si le malade proteste c'est que, respirant difficilement, la présence d'un doigt dans la bouche le gêne un peu plus. Si par le toucher on essaie de délimiter les limites de cette tuméfaction, on peut sentir qu'en bas elle se limite à la partie inférieure de la loge amygdalienne. Le pilier postérieur est refoulé mais pas jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, car le doigt peut s'insinuer entre lui et cette paroi. En haut la limite est plus diffuse et il semble que la masse tende à se perdre dans la paroi latérale du pharynx. Il n'existe nulle part trace d'ulcération. L'épiglotte n'est pas refoulée ; il n'y a pas d'œdème de la glotte, l'autre amygdale est saine.

En résumé voici un malade qui, presque brusquement, en quelques jours (il nous manque il est vrai l'examen antérieur à la bouche), a fait des accidents de tuméfaction du côté de la région amygdalienne avec saillie dans la bouche, mais sans menace de suppuration, et, fait important, sans fièvre, sans état général, et presque sans douleur. Ces deux termes sont importants, et ils nous parurent tels au moment de notre examen.

En effet rien ne ressemblait plus à une amygdalite phlegmoneuse au premier abord. Mais un examen plus minutieux, l'étude des commémoratifs, le palper, les limites diffuses, le volume anormal, et, d'autre part, l'intégrité de l'amygdale nous étonnaient un peu. Pour plus de sûreté, nous servant d'un crochet recourbé à angle droit, sorte de couteau à disciser, mousse, nous essayâmes de rechercher le bord interne du pilier antérieur, et de passer entre lui et la tuméfaction. Cela nous fut très difficile, mais à un moment donné, cependant, nous y parvînmes en un point limité à la partie inférieure ; nous vîmes alors que le pilier était accolé à la surface d'une masse élastique, qui, doublée par lui, faisait saillie dans la bouche, y adhérait en grande partie, et était coiffée en dedans par l'amygdale. En voulant forcer, notre crochet pénétra dans cette masse demi-molle et amena un écoulement de sang abondant, nullement en rapport avec la valeur du traumatisme ; mais de pus, point. Il s'agissait donc, manifestement, *d'une tumeur de la loge amygdalienne, à marche rapide et à évolution* absolument comparable à celle de l'amygdalite phlegmoneuse, et il est certain que tout médecin, pratiquant l'examen de cette bouche, de prime-abord s'y serait laissé prendre.

Les constatations que nous venions de faire, et l'analyse de l'observation nous portèrent à admettre l'hypothèse d'une tumeur sarcomateuse. Il n'y a guère, en effet, que ces variétés de tumeurs conjonctives qui soient susceptibles d'un développement aussi rapide, qui restent encapsulées et qui, la plupart du temps, ne s'accompagnent pas, du moins au début, de généralisations gangiionnaires.

Quant à la variété de sarcome, vu la vascularisation de la masse, c'était probablement du sarcome à petites cellules.

L'examen détaillé du malade, l'histoire de ses antécédents, nous avaient permis d'éliminer l'hypothèse d'une gomme du pharynx ou de tumeur actinomycosique.

Le malade, qui n'accusait que de la gêne, venait à la consultation plutôt pour chercher un avis qu'une intervention, à laquelle de prime-abord nous ne nous sentions pas disposé. Nous le mîmes à un traitement arsénical et le perdîmes de vue pendant quinze jours. A ce moment (28 février), il vint nous retrouver, ne pouvant presque plus déglutir et ayant de la gêne respiratoire. En ouvrant la bouche il était aisé de constater combien la tumeur avait augmenté de volume; arrondie, du volume d'une grosse orange, recouverte d'une muqueuse amincie, rouge, et prête à sauter, la tumeur en bas s'appuyant sur la langue venait s'insinuer entre les arcades dentaires dont les dents avaient marqué sur elle des empreintes profondes. En haut, continuant à dédoubler le voile du palais, elle faisait une saillie palatine volumineuse. En dedans elle touchait presque l'autre amygdale et ne laissait plus qu'un étroit triangle pour le passage de l'air. Le toucher était impossible, mais la tumeur avait dû gagner en haut, car la respiration nasale, au dire du sujet, était devenue très pénible. Le malade désirait être soulagé. Nous le fîmes entrer alors à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service du professeur Folet. Le 2 mars, avec l'aide du docteur Lambret, chef de clinique, le malade étant dans la position de Rose, nous procédâmes à l'extirpation de la tumeur, ne voulant, par notre intervention, d'ailleurs forcément partielle, que diminuer le volume de la tumeur pour permettre au malade de pouvoir se nourrir.

Anesthésie au chloroforme. La bouche étant ouverte avec l'écarteur, nous faisons au bistouri une incision verticale au point culminant de la tumeur, sur la face antérieure du voile du palais et du pilier antérieur ; puis très rapidement, à l'aide d'une spatule mousse, nous essayons de décortiquer la tumeur. Celle-ci est très friable et saigne beaucoup; cependant, en procédant par morcellement, au moyen de pinces de Museux, nous parvenons à l'extraire en sa totalité, et en y comprenant l'amygdale qui vient avec un volumineux fragment. Puis toute cette large poche est bourrée de gaze iodoformée trempée dans une solution gélatineuse tiède de Carnot ; l'hémorragie s'arrête rapidement, le malade est reveillé. L'opération a duré trente-cinq minutes.

Le soir les tampons sont changés ; il n'y a plus qu'un suintement insignifiant ; un nouveau tamponnement est fait par mesure de prudence, il sera continué d'ailleurs pendant deux jours. Le malade, pendant ce temps, est alimenté à l'aide d'une sonde œsophagienne ; le 4 mars les tampons sont enlevés définitivement. Il y a là une vaste poche anfractueuse; les gros vaisseaux du cou en dedans battent presque directement sous le doigt.

Le malade resta vingt jours à l'hôpital pendant lesquels la poche fut lavée régulièrement ; elle n'avait à son départ que fort peu diminué, et l'état général était peu brillant. Il retourne chez lui et mourut, le 12 avril, d'accidents, au dire de son médecin, de congestion pulmonaire. Il pouvait, comme à sa sortie de l'hôpital, s'alimenter avec des boissons et des aliments semi-liquides.

L'autopsie n'a pu être faite, mais il ne paraissait pas y avoir de récidive dans la plaie.

Les fragments prélevés au moment de l'opération avaient été remis au professeur Curtis ; l'examen permit de démontrer qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules, très vasculaire, avec des points myxomateux.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans la marche clinique de l'affection. En effet la tumeur, en ne tenant pas compte des dires du malade, qui avait pu ignorer l'existence d'un petit noyau rétro-amygdalien, s'était développée et avait évolué en une quinzaine de jours. C'est là un fait excessivement rare et les recherches que nous avons faites dans la littérature médicale ont été infructueuses.

Le professeur Berger, dans son article sur les tumeurs mixtes du voile du palais (*Revue de Chirurgie*, 1897), insiste sur le diagnostic de ces tumeurs mixtes avec les sarcomes et l'angiosarcome de la région du voile du palais ; il reconnait au sarcome un degré de rapidité dans l'évolution, un encapsulement, une tumeur bénigne, et une consistance molle, parfois presque fluctuante, qui peut faire prendre une tumeur de cette nature pour un kyste. Il donne à la page 563 une observation personnelle très analogue à la nôtre, ne s'en séparant que par ce fait qu'elle envoyait des prolongements jusque dans la joue. La sensation de fluctuation était telle que M. Berger y fit une ponction, blanche d'ailleurs ; il put arriver assez bien à l'énucléer par l'opération, le malade guérit. Notre observation diffère de la sienne, surtout par cette rapidité de l'évolution, comparable à la marche d'un phlegmon, et qu'on ne retrouve nulle part signalée dans les auteurs.

II

Tuberculose aiguë de l'oreille moyenne

Le 20 mai 1898, un de nos confrères de St-Omer nous envoie une enfant atteinte d'un écoulement d'oreille, datant d'un mois, et présentant en plus des phénomènes généraux d'origine otitique qui, selon lui, exigeaient une intervention immédiate.

Il s'agissait d'une enfant de cinq ans, assez chétive de constitution, qui, un mois auparavant, sous l'influence d'une angine, avait fait une otite moyenne aiguë gauche qui s était ouverte spontanément.

Depuis, et malgré des lavages, l écoulement n'avait pas arrêté ; de plus, le médecin traitant avait constaté la présence d'un bourgeon volumineux dans le conduit auditif, le tout accompagné de gonflement de la région mastoïdienne, de douleurs très vives et d'un écoulement très abondant ; il y avait de la fièvre, du délire nocturne.

A l'examen on constate que la région mastoïdienne gauche est volumineuse, rose, très douloureuse ; le pavillon de l'oreille est refoulé en avant ; le conduit plein de pus, après nettoyage assez difficile, vu l'indocilité de l'enfant, laisse voir un bourgeon saignant au contact le plus léger, et qui affleure presque le méat.

L'enfant depuis plusieurs jours ne mangeait pas, présentait de la fièvre (40° le soir), des sueurs nocturnes abondantes. Il est certain que le diagnostic s'imposait de mastoïdite suppurée au cours d'une otite moyenne, fongueuse, bien que pour un temps aussi court les fongosités nous parussent quelque chose d'assez étonnant.

L'examen du pharynx et du rhino-pharynx nous montrait de grosses amygdales, quelques végétations adénoïdes et de gros cornets. Quoi qu'il en soit, devant la présence d'une mastoïdite confirmée, avec

accidents généraux, il fallait intervenir. C'est ce que nous décidâmes de faire le lendemain matin.

Le lendemain, opération avec l'aide de notre confrère Jonnart, de St-Omer. Nous incisons sur la mastoïde, parallèlement à l'insertion du pavillon et sur le point culminant de la tuméfaction. Notre bistouri ouvre un premier abcès sous-périosté, et pénètre dans un os mou, friable, et qui se laisse défoncer avec la plus grande facilité par la curette de Volkmann. On pénètre, en effet, dans l'antre démesurément agrandi et rempli de fongosités très saignantes, volumineuses, au milieu d'une couche de pus.

Avec la gouge et le maillet, et nous aidant du protecteur de Stacke, nous faisons largement communiquer la caisse et l'antre, produisant ainsi cette cavité en bissac classique. L'antre était plein de fongosités qui pénétraient dans le conduit A l'aide de la curette, et très doucement, nous nettoyons complètement ces cavités osseuses. Ce travail est très pénible et très long, car cela saigne abondamment et l'on ne peut procéder qu'entre tamponnements très serrés à la gaze. Le conduit auditif est complètement nettoyé et, à la fin de l'intervention, nous sommes à peu près sûr que notre curette ne râcle plus qu'un os dur et sain. Tamponnement à la gaze par le conduit qui est ramené en arrière et par l'incision postérieure, par où passe une mèche.

Pansement compressif ouaté. L'opération a duré trois quarts d'heure. L'anesthésie a été chloroformique. Le facial n'a pas été touché.

Le pansement est changé deux jours après, il y a un suintement assez abondant, les drains ne sont pas enlevés. Deux jours après ce pansement (il n'y avait pas de température, et l'état général était meilleur), les drains sont enlevés, mais non sans provoquer une hémorrhagie assez considérable par le conduit et qu'il faut arrêter par un nouveau tamponnement. Les points de suture sont enlevés le dixième jour, tout est réuni en arrière, sauf le passage du drain ; nous laissons une gaze dans le conduit et réappliquons un pansement aseptique non irritant sur l'oreille.

Nous pensions que tout allait être terminé ainsi, quand dix jours après nous reçûmes du médecin traitant une dépêche nous priant de venir. Nous trouvons l'enfant dans l'état suivant :

L'état général ne s'est pas maintenu, l'enfant mange peu et parait faible, elle est très pâle ; le pansement ayant été enlevé, nous constatons avec stupeur que la ligne de suture s'est désunie, et cela par le fait d'un bourgeon fongueux gros comme une mandarine, provenant de la cavité mastoïdienne et qui, véritable fongus, fait hernie entre les deux lèvres de la plaie, l'enserrant comme d'une boutonnière sous le pansement. Ce fongus, recouvert d'une lame de pus, saigne au moindre contact. Les parents, très anxieux, demandent des explications, et nous proposons de suite un curettage rapide de cette masse, suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc. Cette intervention est refusée et les parents n'acceptent qu'un attouchement au nitrate d'argent. Entre temps nous constations que les ganglions rétro et sous-mastoïdiens étaient très tuméfiés, ainsi que ceux de la région cervicale gauche, et qu'il existe un torticolis du même côté.

Un interrogatoire de la famille nous apprenait que la mère avait perdu deux sœurs de phtisie aiguë, et que le père avait perdu ses parents et un frère de tuberculose pulmonaire ; les parents étaient chétifs. Notre confrère Jonnart devait faire des pansements réguliers suivis de cautérisation. Le 10 juin, nous voyons arriver à notre clinique la mère et l'enfant, celle-ci très déprimée. Le pansement, plein de pus, est soulevé par le fongus, qui a le volume d'une grosse orange. La peau présente tout autour, au point de contact avec la tumeur, des points de lupus ; les ganglions cervicaux sont encore tuméfiés, il y a des bourgeons dans le conduit auditif. Après anesthésie au bromure d'éthyle nous enlevons au serre-nœud la tumeur en pédiculisant sur la mastoïde et à coups de curette, nous nettoyons la cavité mastoïde, que nous asséchons et traitons au chlorure de zinc ; la paroi crânienne, en aucun point, n'est détruite et nous ne voyons pas le sinus. Nous pansons à plat avec force iodoforme et grande compression, les pièces sont mises de côté pour examen.

A partir de cette date, jusqu'au 12 août, date de la mort de l'enfant, deux fois par semaine nous enlevions gros comme une noix ou une petite mandarine de fongosités exubérantes à la surface de la plaie, rien ne put empêcher ce processus fongueux, et malgré tous nos soins, l'enfant mourut de phénomènes méningés et pulmonaires qui l'emportèrent au milieu d'une cachexie toujours croissante.

L'examen des fragments a été fait par nous à plusieurs reprises.

Sept cobayes ont été inoculés avec des fragments pris au centre des fongosités, bien lavés dans l'eau distillée. Tous les sept sont morts, dans un laps de temps variant entre deux et cinq mois, de tuberculose péritonéale et viscérale (foie et rate). La coloration des bacilles dans le pus a été positive. Les fongosités au point de vue anatomo-pathologique étaient constituées par un tissu excessivement vasculaire et formé exclusivement d'éléments embryonnaires qui nous avaient fait donner à ces fragments, dans une présentation, le nom de *sarcome tuberculeux*, car l'évolution de la maladie a été véritablement comparable à celle d'une tumeur maligne, mais là, spécifique.

L'histoire de cette affection, qui peut sans aucun doute être classée sous la rubrique de tuberculose fongueuse de l'oreille moyenne, nous a poussé à faire des recherches à la Clinique sur la tuberculose de l'oreille moyenne.

Du 1er juillet 1898 au 1er avril 1899, c'est-à-dire huit mois, nous avons examiné systématiquement ou fait examiner toutes les fongosités que nous avons eu l'occasion de rencontrer au cours de l'otite chronique fongueuse. Ces cas sont au nombre de 21. Au point de

vue des sujets porteurs de l'otorrhée, disons de suite qu'après examen complet de tous les organes, nous n'avons pu trouver que quatre malades chez qui des traces antérieures ou actuelles de tuberculose aient pu être decelées d'une manière sûre; ces quatre sujets se répartissent ainsi :

1° Un enfant de 12 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avec tuberculose pharyngée, buccale et nasale. Il existait de l'otorrhée droite avec un énorme bourgeon dans le conduit, nullement saignant, presque cicatriciel à son extrémité antérieure. Le bourgeon fut enlevé, mais l'enfant mourut, au bout de quelque temps, des progrès de la tuberculose pulmonaire sans avoir pu être revu. L'examen du pus, en tant que bacillaire, a été négatif, ainsi que l'inoculation d'un fragment du bourgeon, très près de son insertion dans la caisse.

2° Deux autres cas ont trait à de vieilles otorrhées doubles, datant de 8 et 14 ans, chez des sujets respectivement âgés de 22 et 27 ans et atteints de tuberculose pulmonaire. Après ablation des bourgeons et curettage de la caisse, pansements à l'eau oxygénée ou au formol et traitement de l'arrière gorge. La guérison s'est maintenue.

L'examen bacillaire a été négatif ainsi que l'inoculation des fragments.

3° Le 4e cas a été un exemple très net de tuberculose de l'oreille moyenne. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans atteinte de tuberculose pulmonaire et laryngée dans un état général très mauvais et qui vint à la clinique pour une suppuration de l'oreille abondante avec bourgeon volumineux sortant de l'oreille; ce bourgeon, contrairement aux autres, était très saignant. Ablation sous anesthésie au bromure d'éthyle au serre-nœud, qui ramena un fragment du marteau. Le reste de la caisse (oreille droite) était rempli de fongosités qu'il fallut curetter. Ces fongosités se reproduisent très rapidement, car la malade est encore en traitement, et quoiqu'elles n'aient pas l'intensité de vie de notre première observation, elles nécessitent un curage presque tous les quinze jours. L'examen du pus y a décelé de nombreux bacilles de Koch. L'inoculation au cobaye a été positive. Nous devons ajouter, pour être complet, que cette jeune fille a présenté à un moment donné des ulcérations nasales que nous n'avons d'ailleurs pas vues, mais qui ont été constatées par son médecin, le Dr Favier ; elle mouchait du pus et du sang, c'était probablement des ulcérations bacillaires.

Restent 17 autres cas, qui ont trait tous à des otorrhées banales avec des bourgeons plus ou moins volumineux, venant faire saillie dans le conduit par une perforation.

Dans aucun de ces cas, et malgré des recherches multiples, faites par notre assistant, M. Ollivier, nous nous n'avons pu déceler le caractère tuberculeux du pus ou des fongosités. Ces otorrhées d'ailleurs o guéri ou sont en voie de guérison sous l'influence traitements rationnels et de soins journaliers. No voyons donc, pour nous résumer, que sur 21 c d'otorrhée fongueuse nous n'avons pu en trouver q deux de nature tuberculeuse. Or, pendant ce mêı laps de temps, nous voyions 52 cas de tuberculo laryngée, avec manifestations pulmonaires, et 7 cas tuberculose bucco-pharyngée. On voit par conséque que l'otite moyenne tuberculeuse ne se rencontrer d'une part que chez des tuberculeux bucco-laryng ou pulmonaires, et que d'autre part ça en serait u complication rare.

Si, en effet, nous reprenons les registres de la cli que, nous constatons qu'en 1897, par exemple, no avons examiné 1.220 malades atteints d'affectio diverses de l'oreille et que, dans aucun cas, not attention n'a été attirée sur la nature tuberculeu d'une otite. Il nous manque il est vrai les examens les constatations microscopiques, mais d'un aut côté, dans le même espace de temps, sur 400 malad porteurs d'affections du larynx, tuberculeuses autres, nous ne constations aucune complication au culaire propre à nous faire soupçonner la tuberculos Par conséquent la tuberculose de l'oreille est cho rare et d'un diagnostic qui doit être difficile, de prin abord, car l'otite revêt au début une forme soit aigu soit chronique, et que seule la recherche du bacil peut aider le diagnostic. Cependant, connaissant l'hi toire de la fongosité tuberculeuse, pourrait on peu être, en se basant, chez un malade, sur la rapidi d'évolution des bourgeons, et sur la reproducti aiguë après ablation, faire le diagnostic d'otite tube culeuse.

Analyses de Mémoires français & étrange

L'Enseignement médical de l'anti-alcoolisme, par le docteur Charl Ruyssen. — Ouvrage couronné par la Société fra çaise de tempérance (médaille d'argent) : précé d'une préface par Legrain — Un vol. de xli-2 pages. Paris : Société d'éditions scientifiques, 18

C'est un grand point pour un livre de paraître à s heure, dit le docteur Legrain, dans la préface de excellent petit ouvrage ; le livre de M. Ruyss échappe à tout reproche sur ce point. Il y a longtem que, dans les pays étrangers, le médecin est le pionni de la lutte contre l'alcool. Les médecins s'y réunisse

en sociétés exclusivement affectées à l'étude de l'ivrognerie et de ses conséquences. En France, ce mouvement ne fait que se dessiner, et il est temps qu'étudiants et praticiens comprennent le rôle qui leur est dévolu à notre époque, dans la croisade contre l'alcool. La clé de l'action médicale de demain, c'est, M. Ruyssen l'a bien conçu, la création d'un enseignement de l'antialcoolisme dans les Facultés.

En France, avant 1850, le mot alcoolisme était à peine connu des médecins. Jusqu'à cette époque, ils ne connaissaient que la forme aiguë de cette intoxication ; la forme chronique était rare. En 1850, la production totale et annuelle de l'alcool à 100°, en France, ne dépassait pas 940 000 hectolitres ; la consommation par tête était de 1 litre 1/2. Encore s'agissait-il d'alcool de vin. Aujourd'hui, il faut mettre 2 250.000 hectolitres, et plus de 5 litres pour la consommation par tête; il n'y a plus que 1/25e d'alcool de vin. Un demi-siècle a suffi pour que la France prît la tête des nations ravagées par l'alcoolisme.

Les trois quarts des boissons *distillées* sont absorbés par la dixième partie seulement de la population, soit par 4 millions de Français environ. Ils se chargent de boire 1.500.000 hectolitres d'alcool à 100°, soit chacun *cent litres d'eau-de-vie* par an, soit plus d'un litre et demi de bière par jour.

Les boissons *dites* hygiéniques représentent pour chacun des 36 millions de Français une consommation correspondante à 25 litres d'eau-de-vie par an (bière, cidre et vin).

Le tout ensemble représente 15 litres par habitant et par année, ce qui correspond à plus d'un demi-litre de bière par jour !

En 1892, on employait 129 670 hectolitres d'alcool à 100°, pour la fabrication de l'absinthe.

Il y a 800.000 bouilleurs de cru.

En 1880, 357.000 débits de boissons — aujourd'hui 500.000, soit un pour 83 habitants. A Roubaix, il y a un cabaret pour 55 habitants ! Dans l'Eure, on trouve un débit pour 11 habitants, soit un débit pour trois adultes mâles !

Toutes les boissons alcooliques, même les plus légères, comme la bière et le cidre, sont des poisons au même titre que l'opium. On consomme ces boissons en quantité plus grande que les liqueurs fortes, voilà toute la différence. Les boissons improprement appelées hygiéniques devraient être rayées du cadre de l'alimentation normale.

L'alcool de vin chimiquement pur est toxique. Il tue un animal à raison de 8 grammes par kilo. C'est un poison, et c'est pour cela que c'est un médicament.

Les liqueurs les plus parfumées sont fabriquées avec les plus mauvais alcools et une liqueur est d'autant plus dangereuse qu'elle coûte plus cher au consommateur.

On remplace, dans le vermouth, l'essence naturelle de reine des prés par l'aldéhyde salicylique qui est épileptisant, — de même, dans le bitter, on met le salicylate de méthyle.

On donne le bouquet aux vins avec l'huile de vin — et 4 cc. d'huile de vin allemande tuent un chien de 11 kilos en moins d'une heure. Cette huile est le plus employée par l'industrie. Tout commentaire serait ici superflu. D'ailleurs, voici les résultats de l'intoxication nationale :

En 1887, les entrées à l'asile Sainte-Anne comprenaient 24,84 °/₀ d'hommes et 3,92 °/₀ de femmes devenus aliénés par l'alcool. En 1894, c'est 38,12 °/₀ des hommes et 12, 81 °/₀ des femmes.

Voici un autre point de vue : Demme, étudiant ce qui se passe dans les familles où l'on fait un usage modéré de l'alcool, a trouvé, sur un total de 61 enfants, 82 °/₀ de survivants valides ; dans des familles de buveurs, sur 57 enfants, 17 °/₀ seulement sont valides.

M. Vanlaer a vu que 12 ménages d'intempérants ont donné le jour à 57 enfants : 23 sont morts avant huit jours, 6 sont idiots, 5 mal conformés, 5 épileptiques, 5 malades, 2 alcooliques.

Sur 107 jeunes femmes mortes avant 29 ans des suites de l'alcoolisme, 8 ont été stériles. Des 99 autres, il ne reste comme postérité que 6 enfants malades et estropiés.

En 1789, la France représentait 27 °/₀ de la population de l'Europe. Elle n'en représente plus que 12 °/₀.

Sa population double en 334 ans, celle de la Norwège double en 51 ans, celle de l'Autriche en 62 ans, celle de l'Allemagne en 98 ans.

En 1890, il y a eu 47.677 décès de plus qu'en 1881, alors que les naissances étaient diminuées de 100.000 vis-à-vis de cette même année.

Tandis qu'un Français boit 14 litres par an d'alcool à 100°, un Belge n'en boit que 10 lit. 1/2, un Allemand 10 lit. 1/2, un Anglais 9 lit. 1/4, un Norwégien 3 litres, et un Canadien 2 litres. La France est à la tête des nations alcoolisées.

L'alcoolisme est un mal à la fois social et national.

C'est un fait que les médecins semblent ignorer totalement, ou dont ils se désintéressent.

Comme mesure prophylactique, l'action morale doit occuper la première place : elle peut s'exercer par le groupement des initiatives privées et par un enseignement scolaire de l'anti-alcoolisme.

Il faut ajouter aux matières des programmes actuels de l'enseignement médical, des considérations sur l'alcoolisme, créer un cours d'hygiène sociale et engager ainsi les médecins à sortir de leur coupable inertie en face du péril alcoolique.

VARIÉTÉS

Villégiature et Archéologie

(*Première lettre au Rédacteur*)

Wissant, 20 septembre 1899.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je vous ai promis d'aller, de ce riant coin du Boulonnais, où je passe volontiers une partie de mes vacances, au Congrès de 1899 de l'**Association française pour l'Avancement des Sciences**, — familièrement appelée l'A. F. A. S., — lequel se tient à la mi-septembre à Boulogne-sur-Mer, à l'effet de vous rendre compte de tout ce qui s'y produirait pouvant intéresser les lecteurs de l'*Echo Médical*.

Il semblerait que la part de la Médecine et de la Chirurgie doit être assez mince aux Congrès de l'A. F. A. S. Cela se comprendrait sans trop de peine : La médecine actuelle tend de plus en plus aux spécialisations multiples et étroites. En ce temps de déplacements faciles elle a tant de Congrès technologiques particuliers, nationaux ou cosmopolites : — Congrès de Chirurgie, de Médecine, d'Obstétrique, de Gynécologie, d'Urologie, d'Otologie, de Neurologie, et autres *logies*, j'en passe et des meilleures, — qu'elle ne devrait guère éprouver le besoin de contribuer aux Congrès de Science générale. Eh bien, il n'en est rien. La production médico-chirurgicale est tellement débordante qu'elle y occupe une honorable place. La médecine et la chirurgie pures y sont à vrai dire représentées par beaucoup moins de communications que l'hygiène et surtout que la *sous-section d'électricité médicale*, laquelle montre là une activité absolument exubérante.

Je n'essaierai pas de vous analyser, même très sommairement, les quatre-vingts et quelques mémoires qui ont été lus aux diverses sections. Je me contenterai d'en débrouiller le pêle-mêle et d'en donner la liste, en les classant en quatre grands groupes : Médecine, Chirurgie, Hygiène, Électricité Médicale.

Voici cette liste :

I. — MÉDECINE.

MM. Livon. — Sécrétions internes et tension vasculaire.
Ferré. — Diphtérie humaine et diphtérie aviaire.
Lemanski. — Fièvre paludéenne.
Rapin et Fortineau. — Ferments figurés et glycogénie.
Beithremieux. — Névralgies et tics de la face.
Deshayes. — Récidive des fièvres éruptives.
Bernheim. — Traitement de la tuberculose d'après la méthode de Landerer.
Bernheim. — La fièvre des tuberculeux.
Bernheim. — Ectopies cardiaques.
Imbert de la Touche. — Des bains de lumière.
Lemanski. — Paludisme en Tunisie.
Loir. — Tuberculose pulmonaire en Tunisie.
Le Noir. — Syphilis secondaire des veines.
Breuillard. — Massage pneumatique.
Claude. — Ulcérations au cours d'une cirrhose, gastrorragie — Ulcérations de l'estomac et hémorrhagie dans l'inanition expérimentale.
Lesage. — Etude de la tension de la vapeur d'eau dans la cavité respiratoire.

II. — CHIRURGIE.

MM. Faguet. — Tuberculose herniaire.
Reboul. — Certaines variétés de torticolis chronique. — Présentation de radiographies d'exostoses congénitales.
Cartaz. — Elephantiasis du nez.
Loir. — Bicyclette et hernies.
Ménard et Guibal. — Gibbosités expérimentales.
Bilhaut. — Les gibbosités.
Calot. — Le mal de Pott.
Desnos. — Diagnostic de la cystite et de la cystalgie.
Pierre. — De la scoliose.
Delore. — Enchondrome de la parotide.
Perrier. — Sur la composition du liquide d'un kyste hydatique.
A. Broca. — Sur la correction de l'astigmatisme de l'œil.

III. — HYGIÈNE.

MM. Contamin. — Hydrothérapie en chambre.
Henrot. — Sur la salubrité des habitations.
Cacheux. — Habitations ouvrières construites par l'État en Allemagne.
Ferret. — La natalité et l'habitation salubre.
Ledé. — La désinfection dans les crèches.
Foveau de Courmelles. — Incinération des déchets des villes.
Morot. — Inspection sanitaire des viandes.
Louis Favre. — Projet d'organisation de la science.
Henrot. — Nécessité de créer un service d'inspection d'hygiène, vœu à émettre sur la loi sanitaire.
Blaise. — Poussières dues au cardage du coton dans les filatures.
Legrix. — Suppression de l'usage du tabac, persistance de l'intoxication.
Ferret. — Réunion des services publics dans une maison municipale unique avec des bains annexés, etc.
Loir. — Communication sur la vaccination obligatoire en Tunisie, et l'époque à laquelle il convient de vacciner.

MM. Drouineau. — Assainissement des ports maritimes.

Philippe. — Balnéation populaire.

Bremond. — La baignoire communale.

Reboul. — Nouvel hôpital de Nîmes.

Loir. — La circoncision chez les Arabes et les Israélites Tunisiens.

IV. — ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

MM. Regnier. — Traitement de la dilatation de l'estomac par le flux statique induit.

Rivière. — Variations électriques du cœur.

Allard. — Traitement du glaucome chronique et du goître exophtalmique par la galvanisation du sympathique cervical.

Querton. — Action physiologique des courants de haute fréquence.

Marie. — Rapport sur la radiographie et la radioscopie stéréoscopiques.

(Ce rapport a été communiqué en présence de la Section des Sciences Médicales).

Lewis-Jones. — Traitement électrique de la paralysie infantile.

Lewis-Jones. — Traitement électrique de l'incontinence d'urine diurne et nocturne.

Regnier. — Traitement électrique du goître exophtalmique par les courants voltaïques stables.

Albert-Weil. — Le courant et l'effluve statique induits, leurs applications thérapeutiques.

Deschamps. — Du danger de l'intervention électrothérapique dans les arthrites chez les tuberculeux.

Doumer. — 1° Résistance électrique du corps humain; 2° Nouveaux faits en faveur du traitement de la fissure sphinctéralgique par les courants de haute fréquence et de haute tension.

Sellier. — De l'électrolyse bipolaire pour la destruction des parties limitées de l'encéphale.

Remy. — Indicateur à rayons X matérialisés applicable à la chirurgie courante.

Mendelssohn. — Sur quelques phénomènes électriques chez l'homme sain et chez l homme malade.

Crocq. — Traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur.

Truchot. — Des alternatives voltiennes dans le traitement des atrophies musculaires.

Bordier. — Rapport sur le traitement électrolytique des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urètre en particulier.

Desnos. — Résultats éloignés du traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse.

Denobèle, de Gand. — Traitement du lupus par les rayons X.

Marie et Cluzet. — Sur les réactions électriques des muscles et des nerfs après la mort.

Warluzel et Jolant. — Appareil pour la détermination des projectiles dans le corps humain.

A. Weil. — Le courant et l'effluve statiques induits; leurs applications thérapeutiques.

Pausier. — L'emploi de l'électroaimant pour rechercher et déceler les petits débris de fer dans les yeux énucléés.

MM. Louis Civera-Salse. — Traitement de l'entropion par l'électrolyse des paupières.

Régnier. — Traitement des névrites périphériques d'origine traumatique par les courants alternatifs à basse fréquence.

Le Congrès doit se terminer demain par une cérémonie intéressant la médecine, je veux parler de l'inauguration du buste de Duchenne, de Boulogne. Tout en haut de la haute ville, sur le boulevard du prince Albert, non loin de la statue de Mariette Bey, autre Boulonnais illustre, se dressera la figure de ce Duchenne, qui, pauvre, au milieu des préoccupations d'une clientèle qui était son gagne pain, sans aucun titre officiel, sans service d'hôpital, soutenu seulement par sa passion de l'étude et sa volonté énergique, sut bâtir une œuvre scientifique importante et solide. Je me rappelle encore, — quand j'étais externe au vieil Hôtel-Dieu de Paris, en 1863, — cela ne me rajeunit point, — ce petit homme mince, grisonnant, qui trottait-menu dans les vastes couloirs. C'était le « petit père Duchenne », comme nous l'appelions. Il allait voir dans le service de Trousseau, qui le tenait en haute estime, des malades dont il suivait l'observation.

Le buste est assez ressemblant; une matelote boulonnaise, coiffée du bonnet à auréole traditionnel, inscrit sur l'une des faces du socle le nom de son modeste et savant compatriote. Avant l'inauguration, le médecin lettré Brissaud fera, sur l'œuvre de Duchenne, une conférence à laquelle je regretterai vivement de ne pouvoir assister.

On a fait, comme toujours, à l'archéologie préhistorique et historique de la région, les honneurs du programme : Communication de H. Rigaux sur *un campement préhistorique à Wimereux*, avec discussion, à laquelle ont pris part MM. Hamy, Mortillet, d'Ault du Mesnil, etc.

Autre communication du Docteur Capitan et de l'Abbé Breuil sur *une excursion archéologique à Wissant et au cap Blanc-Nez*. Croiriez-vous que mon cher village de Wissant a eu jadis des destinées brillantes et qu'il a failli recevoir aujourd'hui la visite des sections archéologique et géologique réunies? Il faut que je vous dise un mot des belles choses que j'ai apprises là :

Wissant, qui n'est plus aujourd'hui qu'un village de 1.100 habitants, était, dans le haut moyen-âge, un centre maritime et commercial assez important. L'orthographe de son nom, — lequel viendrait, dit-on, de *White Sand* ou *Blanc sable*, je n'ai jamais remarqué pourtant que le sable y fût plus blanc qu'ailleurs, — s'est mainte fois transformée au cours du temps. Ducange a relevé depuis le VI[e] siècle les formes suivantes : *Vitsan*, *Witsand*, *Withsand*, *Wisan*, *Guitsand* (1). C'est sous ce dernier nom que Wissant était connu au X[e] siècle, et vraisemblablement très connu, car l'auteur ignoré de la *Chanson de Roland*, racontant « li grand deuil » de la nature lors de la mort du Héros, dit qu'il y eut effroyable tourmente, tempête, grêle, foudre, tremblement de terre et ténèbres en plein midi, d'un bout à l'autre de la France :

De Bezançon tusqu'as port de Guitsand (2)

(1) Edition classique de la *Chanson de Roland*, par Léon Gautier. p. 506.

(2) Laine. CXIX. v. 1429.

Wissant fut, jusqu'au XIIe ou XIIIe siècle, le port de communication entre la France et l'Angleterre; port d'où déjà César se serait embarqué pour la Grande-Bretagne ; le fait est que, pour les navigateurs primitifs, qui aimaient à ne pas trop perdre de vue les rivages, c'était le port de choix. D'aucun point de la côte française, on ne voit plus distinctement, par beau temps, les falaises de craie de la blanche Albion. Les collectionneurs archéologues ont ramassé à Wissant, non-seulement au camp de César, mais dans la dune et sur la grève, des cargaisons de fragments de poterie, monnaies et bibelots de provenance préhistorique, romaine, gauloise et médiévale.

Il y existait au XIIe siècle un couvent de Templiers, c'est-à-dire une banque, car les Templiers étaient des moines-banquiers très riches. C'est même ce qui causa leur perte : Philippe-le-Bel qui, comme quelques autres souverains, leur devait beaucoup d'argent, trouva moyen de liquider sa dette en les faisant, quoique moines, condamner et brûler, tout comme s'ils eussent été de simples juifs. Les Templiers possédaient donc un couvent-banque à Wissant; ce qui semblerait indiquer un trafic assez sérieux en ce port. Un chemin du quartier des pêcheurs s'appelle encore « chemin du Temple » bien certainement par tradition, car il ne mène à aucun édifice religieux.

Mais la mer, ensablant sans cesse le port de Wissant, en rendit l'accès de plus en plus malaisé aux navires.

Calais naquit, prit, au cours de la guerre de Cent ans, une importance militaire considérable et finit par détrôner absolument le port rival, dont le nom s'effaça de la mémoire des hommes.

Aujourd'hui Wissant n'est plus qu'un village de pêcheurs, au fond de la baie du Croissant, dont le Blanc-Nez et le Gris-Nez sont les deux cornes. Sa belle plage de sable fin et ses jolis environs accidentés de collines verdoyantes et semés de nombreux bouquets de bois, font la joie des peintres et des paisibles amis de la belle nature. Cet aimable endroit, où quelques villas modestes se sont bâties, est dénué de Casino et protégé contre l'invasion des Barbares par son éloignement de 11 kilomètres de la plus prochaine gare. Nous avions craint l'an dernier que l'on ne trouvât du charbon sous le sol. Des fouilles avaient été entreprises sur plusieurs points. Voyez-vous notre cher petit Wissant transformé en centre minier, avec des corons de briques et ses routes blanches noircies par la poussière de la houille? Horreur ! grâce au Ciel, les Ingénieurs sont revenus bredouilles de leurs sondages. Sauvés, merci, mon Dieu !

Les grandes marées de mars dernier ont mis à nu des substructions considérables, des pans de murs écroulés qui ont dû appartenir à des édifices importants. Ce sont ces restes que devaient venir visiter les deux sections du Congrès. Mais tant d'objets divers ont sollicité leur attention et absorbé leurs moments qu'ils n'ont point eu le temps d'accomplir cette promenade.

Mais cette lettre est déjà fort longue ; et j'ai encore quelque chose à vous dire. A huitaine.

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de mes meilleures amitiés, Dr H. FOLET.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Sont chargés des cours pour l'année scolaire 1899 1900 :

Pharmacie. — M. DEROIDE, agrégé.
Parasitologie. — M. VERDUN, agrégé.
Botanique. — M. FOCKEU.

Sont nommés chefs de travaux et de laboratoires pour l'année scolaire 1899-1900 :

Physiologie. — M. BÉDART, agrégé.
Pharmacie. — M. DEROIDE, agrégé.
Laboratoire des cliniques. — M. CARRIÈRE, agrégé.
Histoire naturelle. — M. FOCKEU.
Physique. — M. DEMEURE.
Chimie minérale. — M. LOUIS.
Chimie organique. — M. CARRETTE.

HOSPICES CIVILS DE LILLE

Concours pour 5 places d'Élèves internes en médecine et pour 14 à 30 places d'Élèves externes (Service de la Faculté de l'État).

La Commission administrative des Hospices civils de Lille, donne avis que le *Vendredi 3 novembre 1899*, à *huit heures du matin*, il sera ouvert un Concours public pour la nomination de 5 Elèves internes, et le *Samedi 4 novembre*, un autre Concours pour la nomination de 14 à 30 Elèves externes, appelés à faire le service de Médecine et de Chirurgie de la faculté de l'Etat dans les Hôpitaux de Lille.

Ces Concours auront lieu dans l'une des salles de l'*Hôpital Saint-Sauveur* devant des Jurys médicaux présidés par un des membres de la Commission administrative des Hospices.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS

Internat

Les candidats devront :

A. Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine de l'État, cinq jours au moins avant le 3 novembre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera plus admise.

B. Déposer, en se faisant inscrire, un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré récemment soit par le Maire de leur résidence, soit par le chef de l'école où ils auront fait leurs études.

Pourront seuls concourir pour les places d'Internes :

1° Les Elèves ayant rempli les fonctions d'Externe au siège d'une Faculté de médecine ;

2° Les Elèves en médecine étrangers à la Faculté de Lille, ayant au moins douze inscriptions ;

Ne seront pas admis au concours de l'Internat, les Elèves ayant moins de 18 ans et plus de 28 ans ;

Le titre de Docteur est incompatible avec les fonctions d'interne.

Externat

Les candidats doivent satisfaire aux conditions *A-B* ci-dessus rappelées ;

Peuvent seuls concourir pour les places d'Externes les Élèves ayant au moins quatre inscriptions;

Les Externes de 2me et de 3me années sont tenus de concourir pour l'Internat sous peine de radiation.

Matières du Concours

Internat. — *A*. Épreuve écrite sur l'*Anatomie*, la *Physiologie*, la *Pathologie* interne et externe. — Quatre heures sont accordées au candidat ;

B. Épreuve orale de dix minutes, après dix minutes de réflexion, sur la *Pathologie* interne ou externe ;

C. Épreuve dite de garde, de cinq minutes, après cinq minutes de réflexion, sur l'*Obstétrique*, la *Chirurgie d'urgence*, etc.

Externat. — *A*. Une composition écrite sur l'*Ostéologie*, l'*Arthrologie* et la *Myologie*. — Deux heures sont accordées au candidat;

B. Une épreuve orale de cinq minutes, après cinq minutes de réflexion, sur la *Pathologie* interne ou externe élémentaire, et la *Petite Chirurgie*.

Dispositions générales

Les Internes sont nommés pour trois ans et reçoivent chacun de l'administration :

La première année six cent cinquante francs ; la seconde année sept cents francs et la troisième année huit cents francs.

A la suite du classement des internes titulaires, le Jury fera choix de cinq internes provisoires qui seront classés par ordre de mérite.

Les Externes sont nommés pour trois ans ; ils profitent de l'allocation précitée lorsqu'ils remplacent des internes pendant plus de dix jours.

Les Internes et les Externes sont nourris dans l'Établissement lorsqu'ils sont de garde.

Administration des Hospices

Nous avons appris trop tard pour l'annoncer dans notre dernier numéro, le décès de M. Warin, administrateur des Hospices de Lille.

Chargé spécialement, depuis de longues années, de l'administration de l'hôpital Saint Sauveur, M. Warin avait toujours fait preuve, dans l'exercice de ses fonctions, d'un esprit de bienveillance et d'une urbanité qui lui avaient concilié de nombreuses sympathies. Aussi est ce bien sincèrement que nous adressons aux siens l'hommage de nos sympathiques condoléances.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Taulier, ancien médecin de la marine, sénateur de Vaucluse ; Kestner, médecin en chef de l'hôpital de Mulhouse ; Létinois, médecin des colonies, tué à l'ennemi ; Kruff (de Paris).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

37e semaine, du 10 au 16 septembre 1899

Age des personnes décédées a Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	7
3 mois à un an	13	6
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	»	»
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	1	3
20 à 40 ans	3	7
40 à 60 ans	8	»
60 à 80 ans	11	10
80 ans et au-dessus	1	2
Total	49	36

Répartition des décès par quartier — Causes principales de décès

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Croup et diphtérie	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	1	»	»	2	»	2	»	»	»	»	1	6
Bronchite et pneumonie	»	»	3	1	»	1	»	»	2	»	»	7
Maladies organiques du cœur	1	1	»	2	»	»	»	»	2	1	»	7
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	2	1	3	10	»	4	»	»	2	3	2	27
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Phthisie pulmonaire	1	1	1	1	1	2	1	1	»	»	»	9
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Accident	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	1	2	»	7	»	4	1	3	1	»	1	20
TOTAL des DÉCÈS	6	7	8	23	1	13	4	5	9	4	5	85
NAISSANCES par Quartier	4	11	26	28	6	10	3	9	12	1	4	114

Nº 142. Troisième Année, Nº 40. Le Numéro : **10** centimes. 1er Octobre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

De la contusion thoracique dans ses rapports avec la pleurésie phtisiogène

Par le Dr **P. Desoil,** Chef de clinique à la Faculté.

(Communication au Congrès de médecine, 1er août 1899).

Il arrive communément qu'un traumatisme thoracique n'amène pas seulement que des lésions pariétales (contusions, fractures de côte, etc.), mais qu'il intéresse aussi les organes profonds : la plèvre, le poumon, et, par suite, devienne le point de départ d'un certain nombre d'affections pleuro-pulmonaires de nature et de gravité variables.

Ces lésions pleuro-pulmonaires peuvent être simples, c'est-à-dire dépourvues de spécificité et alors spontanément réparables, à moins que les désordres, par leur étendue, ne soient incompatibles avec la vie. Tels sont les divers épanchements de la plèvre, la pleurésie, la bronchite, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, la pneumonie, la gangrène pulmonaire traumatiques. — Ce sont là des faits bien connus depuis les travaux de TROUSSEAU, HENRIOT, NÉLATON, DUGUET, etc., et d'observation quotidienne ; aussi nous n'insisterons pas.

Outre ces lésions simples, le traumatisme thoracique, chez certains individus prédisposés soit par une hérédité suspecte ou une tare antérieure, soit encore par les privations, le surmenage, les intoxications, peut être le point de départ de lésions tuberculeuses capables d'évolution.

Tantôt il n'y a qu'une relation plus ou moins indirecte entre le traumatisme initial et le développement ultérieur d'une tuberculose pleuro-pulmonaire. Ainsi on voit communément un individu se tuberculiser quelque temps après un choc reçu sur la paroi thoracique et faire de la phtisie commune, alors que le traumatisme, souvent de peu d'importance, n'a amené aucune lésion locale pleuro-pulmonaire au point où il a porté. Telles sont les observations de MENDELSOHN, LEBERT, QUEHEN, TESSIER, etc. Il est évident que, dans ce cas, la notion étiologique devient très indécise, et même discutable.

Tantôt, au contraire, il y a relation étroite, causale entre les deux ordres de faits. Le traumatisme produit certaines lésions pleuro-pulmonaires ; et ces lésions (pleurésie, broncho-pneumonie, pneumonie), se transforment d'emblée en lésions tuberculeuses

Ces faits-là sont plus intéressants et vont retenir notre attention. Il ne s'agit plus en effet, ici, d'une

tuberculose « médicale » plus ou moins dépendante vaguement d'un accident antérieur, mais d'une tuberculose locale, « chirurgicale » si vous me pardonnez l'expression, de l'appareil pleuro-pulmonaire, directement liée au traumatisme initial.

Il devient dès lors intéressant de savoir si cette tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique a la même évolution clinique que la tuberculose commune, et si les rapports qui lient les lésions pulmonaires aux lésions pleurales restent les mêmes.

Or, dans la tuberculose pleuro-pulmonaire commune, — que les lésions pulmonaires soient contemporaines ou postérieures aux lésions pleurales — il y a généralement observance de la loi de LOUIS, c'est-à-dire que les tubercules se développent primitivement aux sommets des poumons, gagnant de là progressivement les lobes inférieurs, et qu'ils sont à ces sommets à un stade plus avancé qu'aux bases.

S'il s'agit du cas particulier d'une pleurésie phtisiogène, on trouve, à l'auscultation des sommets, au cours même de la pleurésie ou postérieurement, le schème de GRANCHER dit schème de congestion tuberculeuse, qui indique déjà un processus de condensation pulmonaire dépendant de la spécificité. Ces lésions continuent à évoluer pour leur propre compte, des sommets vers les bases, que la pleurésie se termine ou non par la résolution.

Si maintenant l'on tient compte de ce fait, que la pleurésie séreuse primitive qui a servi de point de départ au processus tuberculeux, est habituellement liée à un état pathologique de la plèvre des lobes moyen et inférieur, on voit que l'infection pulmonaire contemporaine ou consécutive à l'infection pleurale ne se fait pas, par continuité, de la plèvre au parenchyme pulmonaire voisin, mais se fait au contraire à distance.

Dans la tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique le processus clinique, c'est-à-dire la marche des lésions, peut être tout à fait différente.

Sans vouloir prétendre aucunement qu'il faille en faire une règle générale, voici un type clinique que nous avons observé plusieurs fois, dont nous avons retrouvé des exemples chez les auteurs, et qui semble mériter son autonomie.

Ce type se distingue de la tuberculose commune par les points suivants :

Les lésions pulmonaires spécifiques, au lieu de débuter par les sommets, débutent au niveau de la zone traumatisée et de là envahissent les portions voisines. Ils sont dans la zone antérieurement traumatisée à un stade plus avancé que partout ailleurs. Dans le cas particulier de la pleurésie phtisiogène traumatique (1) — que le poumon ait été lui-même intéressé par le choc sous forme d'une zone de congestion ou de bronchopneumonie ajoutée à la pleurésie ; ou qu'il soit resté indemne, en tous cas sans lésions appréciables à l'auscultation, — l'infection pulmonaire se fait par continuité directe de la plèvre viscérale aux portions pulmonaires immédiatement voisines. Les granulations tuberculeuses s'ensemencent de proche en proche, de la périphérie vers la profondeur, gagnant peu à peu toutes les parties en rapport.

Comme généralement la pleurésie traumatique intéresse une portion basse du thorax (la plus exposée aux chocs), les lésions pulmonaires débutant par les lobes moyen ou inférieur ont une marche ascendante vers les sommets ; et le côté sain se prend en dernier.

Il y a donc, dans ce cas, inobservance, ou pour mieux dire, inversion complète de la loi de LOUIS. Le fait est à noter.

Quant à cette localisation et cette marche particulière des lésions tuberculeuses dans le traumatisme thoracique, elles s'expliquent par l'état d'attrition des tissus, d'infiltration sanguine ou de congestion des organes qui rendent le milieu plus particulièrement favorable au développement du B. de Kock.

Le traumatisme comme toute autre cause d'irritation sert ici de point d'appel à la localisation bacillaire. Ce fait clinique n'est pas nouveau : On l'observe fréquemment à propos de la tuberculose des os longs et des articulations, plus exposés par leur situation aux différentes causes traumatiques. Ce fait a été contrôlé d'ailleurs par des preuves expérimentales. Nous rappellerons les expériences de MAX SCHÜLLER (1882), bien qu'elles aient été controuvées récemment par LANNELONGUE et ACHARD (*Communication à l'Académie des Sciences*, 1899).

En résumé, au point de vue de la tuberculose par traumatisme thoracique, la plèvre, dans ses rapports avec le poumon, se comporte dans certains cas ni

(1) Rappelons pour mémoire qu'il existe une forme de pleurésie tuberculeuse traumatique, à localisation exclusivement pleurale, non envahissante et spontanément curable (HERBERT, Paris 1896). La nature tuberculeuse de l'épanchement étant cependant démontrée par les résultats positifs de l'ensemencement et de l'inoculation au cobaye. Mais nous ne nous occupons dans cet article que de la pleurésie phtisiogène, c'est-à-dire avec envahissement pulmonaire.

plus ni moins qu'une séreuse articulaire dans laquelle les granulations tuberculeuses ensemencent de proche en proche tous les tissus en rapport : de la séreuse gagnant par infiltration les parenchymes voisins. D'où la justification de cette dénomination de tuberculose « chirurgicale » pleuro-pulmonaire que nous avons employée au début de cette communication.

A l'appui de cette manière de voir, nous avons à produire un certain nombre de faits démonstratifs.

Rappelons d'abord les faits déjà publiés :

Perroud (*Communication à l'Association française*, 1872) signale ce fait que les mariniers du Rhône qui poussent leurs bélandres au moyen d'une longue perche prenant appui sur la région sous-claviculaire, font en ce point une localisation plus particulière de leurs lésions tuberculeuses.

Chauffard, en 1881 (*France médicale*), publie l'observation d'une femme de 59 ans devenue phtisique à la suite d'une chute avec fracture de la clavicule. A l'autopsie, on trouva une caverne unique dans la portion pulmonaire avoisinant la clavicule lésée.

Mendelsohn (*Zeitschrift fur klinick med.*, 1886) et Lebert (*Revue de médecine et de chirurgie*, 1881) rapportent également plusieurs cas de tuberculose pleuro-pulmonaire développée chez des individus de constitution suspecte à la suite d'une contusion thoracique. A l'autopsie on trouve le maximum en étendue et en degré des lésions tuberculeuses, dans la plèvre ou dans le poumon intéressé par le choc traumatique.

Exemples :

Observation I (Lebert). — Homme de 36 ans : bonne santé jusqu'au moment d'une chute, sur le côté gauche, d'un échafaudage élevé. Dès ce jour point de côté, gêne respiratoire, douleurs de poitrine, toux. Plus tard, dépérissement, signes de phtisie, consomption, mort.

A l'autopsie (4 ans après l'accident), épanchement séro-purulent occupant les 2/3 inférieurs de la cavité pleurale gauche. Grande caverne pulmonaire dans le lobe inférieur avec communication pleurale. Au sommet gauche, et dans toute l'étendue du poumon droit, granulations tuberculeuses disséminées et quelques foyers broncho-pneumoniques.

Observation II (Lebert). — Homme de 26 ans. Chute sur le côté droit de la poitrine avec forte contusion. Douleurs vives et persistantes, gêne de la respiration, toux, fièvre lente à dater du moment de l'accident. Marche progressive, signes constants et prédominants du côté droit de la poitrine ; marche assez rapide, mort au bout de quatre mois.

A l'autopsie : épanchement pleurétique à droite ; lésions de granulie : granulations grises infiltrant tout le poumon droit, très disséminées dans le poumon gauche. Nulle part ramollissement ou cavernes.

Dans beaucoup des observations précitées, la marche progressive de la maladie n'a pas été suffisamment suivie. Les malades se présentent en effet à la clinique ou à l'hôpital porteurs de lésions déjà avancées, et ce n'est que par l'interrogatoire qu'on peut rattacher leur localisation spéciale à un traumatisme antérieur.

Cette surveillance, nous avons eu l'occasion, cependant, de pouvoir l'exercer sur deux malades du service de M. le professeur Combemale, dont nous avons suivi sans interruption l'évolution des lésions depuis la contusion initiale jusqu'à la mort.

Observation I (publiée antérieurement dans l'*Écho médical*, mais sans mention de la cause traumatique dont nous n'étions pas alors convaincu de la valeur étiologique).

Elise V..., 33 ans, ménagère, tombe malade en mars 1897, et meurt en avril 1898, dans le service de M. le professeur Combemale.

Rien à noter comme antécédents héréditaires.

N'a jamais été malade avant l'affection actuelle. S'est mariée à 22 ans et a eu huit enfants en 10 ans : quatre enfants sont bien portants ; quatre autres sont morts en bas-âge d'athrepsie.

Elle-même, depuis son mariage, s'est affaiblie et surmenée par ses grossesses successives, la misère physiologique et aussi des habitudes d'intempérance (s'alcoolisait quotidiennement).

Cet organisme débilité par les privations, les fatigues, les excès, devient un excellent terrain de développement pour la tuberculose, à la faveur d'une cause traumatique.

En mars 1897, trois semaines après sa dernière couche, la personne fait un faux pas et tombe le côté gauche sur le bord d'une cuve pleine d'eau. Il en résulte une contusion assez douloureuse de la partie moyenne de l'hémithorax gauche sans fracture de côte.

La personne continue cependant, tant bien que mal, à vaquer à ses occupations ; mais au bout de quelques jours, elle est prise d'un point de côté plus violent sous l'aisselle gauche, accompagné de fièvre, de frissonnements et de gêne respiratoire. Puis, le malaise augmentant, elle se trouve incapable de quitter le lit et nous appelle auprès d'elle.

Nous constatons l'existence d'un épanchement dans la plèvre gauche remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, n'intéressant pas par devant l'espace de Traube.

Au sommet gauche respiration rude compensatrice sans râles avec sonorité légèrement skodique. Pas de schème de congestion.

Mêmes signes au poumon droit, mais atténués.

Rien au cœur rien du côté des autres organes.

Après une quinzaine de jours de fièvre (38°-39°5), la défervescence se fait lentement, mais avec des poussées vespérales.

La matité est moins forte ; le souffle disparaît. L'état général devient un peu meilleur ; la malade prend quelques aliments.

Pour faciliter la résorption de l'exsudat, nous faisons, le 18 avril, une ponction évacuatrice avec l'aspirateur POTAIN.

Nous retirons à peu près 950 gr. de liquide séro-fibrineux. Ce liquide, porté au laboratoire des cliniques, est ensemencé sur gélose et bouillon, et une inoculation de 2 cc. est faite dans le péritoine d'un cobaye. Les cultures restent stériles et le cobaye ne meurt pas.

Malgré ces résultats négatifs (1), nous pensons cependant à une pleurésie spécifique, en raison du mauvais terrain du sujet et de la longue durée de la maladie. Et, de fait, l'évolution ultérieure de la maladie vient confirmer cette hypothèse.

Après la ponction, le liquide se reforme rapidement et persiste encore pendant plus d'un mois, tout en diminuant petit à petit.

Enfin, en juin, une ponction exploratrice reste sèche : on perçoit des frottements à l'auscultation, mais la sonorité pulmonaire et le murmure respiratoire ne reparaissent pas. Il y a donc des fausses membranes dans la cavité pleurale. Ces fausses membranes ne tardent pas à entrer en coalescence, et il se fait de la symphyse pleurale avec rétraction progressive de la paroi thoracique, depuis la base jusque l'angle de l'omoplate. La malade n'a pas repris son état de santé antérieur; elle reste amaigrie, dyspnéique, avec un point de côté gauche persistant.

En septembre le point de côté augmente, la fièvre et les sueurs reparaissent en accès vespéraux ; la malade se met à tousser.

Nous la revoyons en octobre ; et à l'auscultation nous constatons à la région moyenne du poumon gauche, à la limite de la zone antérieurement silencieuse, de la respiration soufflante avec des râles secs ; et quelques jours après un véritable souffle tubaire avec bronchophonie, exagération des vibrations, râles crépitants et sous-crépitants fins descendant dans tout le lobe inférieur.

Il s'est évidemment fait une zone d'abord corticale de congestion puis de broncho-pneumonie tuberculeuse avec envahissement progressif du lobe tout entier. Cette zone corticale s'étant ensemencée directement et par continuité, de granulations grises, aux dépens de la plèvre viscérale voisine.

Afin d'éliminer toute autre hypothèse, nous faisons à plusieurs niveaux des ponctions exploratrices qui restent sèches. Il s'agit donc bien cette fois de phénomènes pulmonaires et non pleuraux.

Notons qu'à cette époque, les sommets n'étaient encore le siège d'aucune modification pathologique. A gauche seulement, un peu de respiration rude.

En novembre, les râles fins du lobe moyen sont remplacés par des râles plus gros et humides, couvrant les deux temps de la respiration, et répondant à un processus de ramollissement. L'expectoration devient plus abondante ; les crachats sont muco-purulents et renferment du B. de Kock.

En décembre, les lésions se complètent et s'étendent. On constate dans le lobe inférieur des signes cavitaires (râles à tintement métallique, souffle caverneux).

Le lobe supérieur gauche et le sommet sont infiltrés à leur tour et se ramollissent (craquements humides aux deux temps, couvrant la respiration). Enfin, à droite, il y a du souffle aux deux temps et quelques craquements secs disséminés.

L'état général est en rapport avec les lésions.

La malade est de plus en plus oppressée, sans appétit, minée par une fièvre quotidienne et des transpirations profuses ; alitée la plupart du temps.

En janvier, se trouvant sans ressources et devenue tout à fait impotente, elle se fait admettre à l'hôpital et est reçue dans le service de M. le prof. COMBEMALE, salle Sainte-Angèle, n° 2.

On constate alors à l'examen de la poitrine :

A gauche, tout à la base : retrait de la paroi thoracique, matité et abolition des vibrations, silence respiratoire. A la région moyenne, matité, nombreux râles humides, râles à résonnance métallique, gargouillement, souffle caverneux. Au sommet, submatité, diminution du murmure et craquements humides.

Par devant, submatité, respiration soufflante, expiration prolongée et craquements divers.

A droite, par devant et derrière, souffle aux deux temps et craquements disséminés.

En février et mars, la consomption fait de rapides progrès ; la malade est en proie à la fièvre hectique avec des sueurs visqueuses. Amaigrissement énorme, dyspnée excessive. Expectoration purulente nummulaire. Diarrhée rebelle. Lésions de tuberculose laryngée avec perte de la voix et dysphagie douloureuse.

Enfin, en avril, surviennent de l'œdème cachectique, une escharre sacrée et des troubles de myocardite ; et le 18 avril, la malade meurt presque subitement dans une syncope cardiaque.

A ce moment, le poumon droit est à son tour rempli dans toute sa hauteur de râles humides de ramollissement, sans cependant présenter, comme à gauche, de signes d'excavation.

L'autopsie de la malade n'a pu malheureusement être faite. Elle aurait permis de vérifier plus exactement l'étendue et le degré des lésions reconnues à l'auscultation. A défaut de ce contrôle anatomique, il reste cependant le témoignage, suffisamment précis et probant, des signes stéthoscopiques.

OBSERVATION II. — Recueillie par M. VERHAEGHE, externe. — Pierre A..., 38 ans, ouvrier menuisier, célibataire. Son père est mort de fluxion de poitrine? à 47 ans ; sa mère se porte bien ; il a deux frères bien portants et une sœur qui tousse depuis deux ans, mais qui n'est pas encore phtisique.

Lui-même a fait une pneumonie à l'âge de 15 ans et n'a plus été malade depuis. Habitudes alcooliques anciennes ; quelques tremblements des mains.

Le 5 décembre 1896, étant à son travail, il tombe

(1) Les récentes expériences de L. DEMANY ont montré qu'il était quelquefois nécessaire d'injecter dans le péritoine des cobayes de grandes quantités de liquide pleural pour obtenir le développement d'une tuberculose péritonéale expérimentale et qu'il ne fallait pas tenir compte des expériences négatives, dues à une faute de technique.

d'une échelle d'une hauteur de 4 à 5 mètres sur le côté droit, et éprouve de ce fait une forte commotion thoracique. Il est incapable de se relever et la voiture d'ambulance le transporte d'emblée à l'hôpital dans le service de M. le professeur DUBAR, qui ne constate d'autre lésion qu'une contusion de l'hémi-thorax droit au niveau des cinquième, sixième, septième et huitième dorsales, sans fracture de côte.

Les premiers jours les douleurs sont très vives et le malade est incapable de remuer dans le lit; sa respiration est gênée mais il n'y a pas de crachement de sang et l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Peu à peu, sous l'influence d'un traitement approprié les phénomènes douloureux s'amendent, et le malade arrive, au huitième jour, à pouvoir s'asseoir et même faire quelques pas dans la salle.

Le dixième jour, sans cause appréciable, il est pris de point de côté, gêne respiratoire énorme, frissonnements, fièvre (39°) et forcé de s'aliter de nouveau.

Le lendemain et jours suivants on constate à l'auscultation des signes d'épanchement très nets, intéressant la plèvre du lobe inférieur droit.

Le malade est transporté en médecine et nous le recevons dans le service de M. le professeur COMBEMALE, salle Sainte-Catherine, n° 5.

A l'auscultation, à droite, par derrière, matité remontant jusqu'au milieu de l'omoplate, abolition de la respiration et des vibrations, souffle doux, égophonie et pectoriloquie aphone. Au sommet, respiration rude compensatrice, sans râles. Par devant sibilants et ronflants disséminés. A gauche quelques râles de bronchite.

La fièvre tombe dès le 3e jour ou reste peu élevée, n'atteignant pas 38°. Le point de côté diminue et la respiration devient plus libre. Par contre l'épanchement ne se résorbe que très lentement.

Au bout d'un mois le malade se trouve très amélioré et demande à sortir du service. A ce moment il reste une submatité forte de toute la base droite jusque l'angle de l'omoplate. La respiration commence à être entendue très lointaine. Le souffle a disparu mais il y a de nombreux frottements.

A la fin de février 1897, le sujet nous revient, de nouveau malade. L'amélioration ne s'est pas maintenue; après quelques journées de mieux, il a été repris de fièvre, de frissonnements, de gêne respiratoire et de toux avec nouveau point de côté à droite. Nous retrouvons le malade pâle, très faible, de plus en plus dyspnéique, très amaigri, et ayant perdu tout appétit.

A l'auscultation, tout le lobe inférieur droit est rempli de râles sous-crépitants mêlés à des frottements, sauf tout à fait à la base, où il y a silence respiratoire. A la région moyenne, on perçoit un souffle tubaire avec bronchophonie. Les vibrations y sont exagérées tandis qu'elles sont encore abolies à la base. Il y a de la matité jusqu'à l'épine de l'omoplate. Au sommet droit par devant et derrière) respiration soufflante et expiration prolongée avec râles de bronchite. Le poumon gauche est également rempli de sibilants et ronflants. La respiration est rude.

Nous avons évidemment affaire à un processus de bronchopneumonie intéressant les lobes moyen et inférieur, c'est-à-dire les portions pulmonaires en rapport avec la plèvre malade.

L'hérédité mauvaise de l'individu, la longue durée de sa maladie, l'état de déchéance dans lequel il est tombé, la pleurésie suspecte qui a précédé les accidents pulmonaires, nous font craindre la spécificité. La bronchopneumonie ne serait ici que le résultat de l'ensemencement direct et par continuité des granulations tuberculeuses provenant de la plèvre viscérale.

Et de fait la bronchopneumonie ne se termine pas par la résolution. Le malade devient nettement phtisique. Il tousse et crache; ses crachats sont purulents et renferment des bacilles de Koch (mai).

Le poumon droit est rempli de râles dans toute sa hauteur, par devant et derrière. A la région moyenne ces râles sont humides et prennent une résonnance métallique. Au sommet ils sont secs et plus disséminés; il y a de l'obscurité respiratoire. Tout à la base, les adhérences pleurales qui y sont faites et ont bridé le poumon, rendent la respiration nulle.

A partir de juin nous constatons des signes de caverne : gargouillement, tintement métallique, souffle caverneux, pectoriloquie aphone au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et sous l'aisselle, du côté droit.

Au sommet droit, râles humides nombreux, mais sans souffle.

Au sommet gauche, par devant et derrière, également des phénomènes de ramollissement, souffle aux deux temps et craquements disséminés.

Dès lors la consomption fait de rapides progrès.

Le malade est miné par la fièvre hectique, les transpirations profuses, la diarrhée, et meurt le 25 septembre dans le service.

Autopsie. — Pratiquée 48 heures après la mort. Elle vient confirmer point par point les données de l'auscultation.

Nous trouvons, du côté droit, le cul-de-sac pleural inférieur rempli de fausses membranes épaisses qui brident le lobe inférieur du poumon à la paroi.

La partie supérieure du lobe inférieur et tout le lobe moyen sont en véritable purée. Le tissu pulmonaire est ramolli, caséeux. Les sections bronchiques laissent sourdre un liquide puriforme. De plus, nous trouvons au milieu du lobe moyen, sous la plèvre, une grande caverne de la grandeur d'un petit œuf, de forme irrégulière, renfermant des matières sanieuses.

Les parois de cette caverne sont anfractueuses avec des diverticulums; la surface interne est couverte de détritus purulents et de fausses membranes, enfin la zone de revêtement est indurée et farcie de granulations grises.

Le lobe supérieur est à un stade moins avancé; il n'y a pas de cavernes; le tissu pulmonaire est condensé par un semis de petites granulations et de foyers broncho-pneumoniques jaunes et gris. Ce tissu est encore ferme et en tous cas ne présente pas un degré de ramollissement comparable à celui des deux autres lobes.

Le poumon gauche présente des lésoins moins étendues et moins avancées. Tout le lobe supérieur est

infiltré de granulations assez espacées, entourées d'un tissu emphysémateux. Le lobe inférieur est distendu et plus particulièrement emphysémateux. Ce lobe inférieur paraît relativement sain.

Les autres organes présentent les lésions habituelles qu'on observe chez les phtisiques; nous n'insisterons pas.

FAITS CLINIQUES

ARTHROPATHIE SYRINGOMYÉLIQUE

Par M. le Professeur **Folet**

Voici une observation dans laquelle une arthropathie destructive monoarticulaire fut le symptôme précoce et dominant d'une syringomyélie, à marche lente et relativement bénigne d'ailleurs. Contrairement à la règle qui veut que les interventions opératoires dirigées contre ces arthropathies soient la plupart du temps inutiles, voire fâcheuses, une synovectomie partielle, que j'avais pratiquée un peu malgré moi et comme obsédé par les sollicitations de la malade, eut un résultat local assez satisfaisant.

Ces diverses particularités m'engagent à publier ce fait qui a, en son temps, servi de thème à l'une de mes cliniques, et que je puis compléter aujourd'hui par l'examen du sujet revu vingt mois après l'opération.

Tar..., Maria, 42 ans, m'est envoyée à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur par mon distingué confrère le docteur Hernu, d'Auchel. Elle entre le 15 octobre 1897, salle Saint-Augustin, n° 16. Elle vient à l'hôpital uniquement pour son mal d'épaule et ne se figure pas qu'elle ait autre chose.

Il y a un an, quinze mois au plus, elle a commencé à éprouver de la gêne dans les mouvements de l'épaule gauche. Aucune douleur, ni spontanée, ni aux mouvements ; mais des sensations de froid et de fourmillement dans l'épaule et dans tout le membre supérieur. Bientôt l'articulation se gonfla et la gêne fonctionnelle augmenta. Aujourd'hui il lui semble que « ses os se déboîtent » et que son bras est extraordinairement lourd à remuer. Toujours aucun phénomène douloureux.

Etat actuel : L'épaule apparaît énorme, globuleuse, vaguement bilobée. La saillie antérieure semi-sphérique, de la grosseur d'une orange, molle et fluctuante au repos, grossissant et se durcissant par la contraction des muscles, est une hernie de la synoviale occupant le sillon pectoro-deltoïdien, ou un interstice de faisceaux deltoïdiens écartés. Au palper, l'épaule est incontestablement distendue par un liquide abondant.

Les mouvements communiqués sont dans tous les sens aussi étendus que l'on veut : on tord le bras en dehors ou en dedans, on luxe la tête humérale en arrière ou en avant dans la bosse liquide saillante ; puis on la sent se remettre en place avec des frottements rugueux. Bras de polichinelle.

Mouvements actifs également assez étendus. La malade ne peut élever le bras au-dessus de la tête : mais elle fait l'adduction, l'abduction ; mouvements dans lesquels se luxe, puis se réduit d'elle-même la tête de l'humérus.

Toutes ces manœuvres de torsion, de luxation, de mouvements volontaires, sont absolument indolores.

La radiographie de l'épaule, très complaisamment exécutée par mon ami le professeur Castiaux, ne donne rien du tout, malgré vingt minutes de pose : une silhouette noire, sans aucun détail.

Une ponction aspiratrice faite le 3 octobre, dans le but de mieux explorer, après évacuation, l'état des surfaces articulaires, me donne 175 gr. de liquide hématique, très coloré, mais translucide à une lumière intense. On dirait du gros vin du Midi.

Quelle est la nature de l'arthropathie ? Inutile de démontrer longuement que ce n'est ni une arthrite aiguë, ni une tumeur blanche; ce n'est pas non plus une arthrite rhumatismale, ni blennorrhagique.

Parmi les arthrites chroniques, on ne peut songer à cette singulière dystrophie que l'on nomme l'arthrite sèche, consistant en des néoformations chondrales dans les tissus fibreux de l'article, avec usure et érodation des cartilages d'encroûtement et périostose des extrémités articulaires se traduisant par des ostéophytes irréguliers.

J'avais un instant songé à l'arthrite psoriasique, d'autant plus que la femme présentait sur une aile du nez une plaque érythémateuse d'aspect eczémateux ou plutôt lupique, et, sur le dos, d'autres plaques rouges portant des squames blanches et sèches. Mais les arthrites psoriasiques, étudiées surtout dans le travail de Bourdillon, sont des arthrites multiples, déformantes, ayant la physionomie du rhumatisme noueux.

Un double caractère très frappant : lésion largement destructive (car pour permettre les luxations folles sus-

décrites il faut que capsule, cartilages, os, soient rongés et détruits), et parfaite indolence, donne une indication caractéristique sur la nature de la lésion. C'est là l'allure des neuro-arthropathies liées à un état morbide du système nerveux central (de la moelle plutôt que du cerveau), qui altère profondément le trophisme des articulations et amène silencieusement ces destructions intenses et bizarres.

Charcot les a décrites surtout dans le tabes. Ce n'est pas un symptôme constant ; il ne se montre que chez certains tabétiques, un peu à toutes les époques du mal (plus souvent tardif), et limité d'ordinaire aux membres inférieurs. Mais il n'y a aucun symptôme de tabes ici. Tous les signes manquent : signes d'Argyll Robertson, de Romberg, de Westphall... Ou plutôt, pour parler d'une façon moins prétentieuse et plus claire : paralysies oculaires et troubles pupillaires, impossibilité de la station dans l'obscurité, absence des réflexes tendineux, douleurs fulgurantes, anesthésie plantaire, perte du sens musculaire, incoordination des mouvements, etc., etc. Aucun de ces symptômes si nets de l'ataxie locomotrice ne se rencontre chez notre malade.

La neuro-arthropathie se voit encore dans la *syringomyélie*. Elle s'y montre parfois précoce, parfois tardive, souvent limitée à une ou deux articulations d'un seul membre supérieur. C'est bien notre cas.

La syringomyélie est une maladie qui consiste symptomatiquement dans des troubles sensitifs et trophiques : thermanalgésie et analgésie avec conservation de la sensibilité tactile et du sens musculaire ; d'où les brûlures que se font inconsciemment les malades. Atrophies musculaires portant de préférence sur les membres supérieurs, parfois unilatérales. Phénomènes trophiques variés, panaris et abcès, dermatoses, arthropathies, scoliose.

Ce tableau symptomatologique ressemble singulièrement à ce qu'un examen soigneux nous révèle chez Maria T... ; car il faut découvrir ces symptômes et elle n'attire spontanément l'attention sur aucun d'eux.

Chez elle, en effet, sur tout le membre supérieur droit et sur l'épaule, on constate des troubles de sensibilité très manifestes. Analgésie marquée, la piqûre, le pincement, la brûlure donnent lieu à de simples impressions de contact ; de là les cicatrices observées sur la main et produites par le maniement inconscient des liquides ou des ustensiles brûlants. Thermanesthésie fort accusée, d'une forme un peu spéciale : tous les corps paraissent chauds, même les froids.

La dissociation des sensibilités est plus accusée vers le moignon de l'épaule qu'aux doigts, où la notion de *piqûre* est perçue. Mais, même aux doigts, la température est sentie très confusément. Au dessus de l'épaule les sensibilités reparaissent intactes ; toutefois les troubles de perception se constatent encore dans une partie du creux sus-claviculaire.

L'athrophie musculaire se traduit par un amaigrissement de l'avant-bras gauche, les éminences thénar et hypothénar sont peut-être légèrement aplaties, les creux intermétacarpiens sont accusés.

Tout cela se passe à gauche ; le côté droit est intact au point de vue de la sensibilité comme de la musculature.

Pas trace de scoliose.

Depuis quand tout cela évolue-t-il ? La malade l'ignore, puisque c'est nous qui lui avons révélé cette symptomatologie et qu'elle ne se savait pas d'autre mal que le mal d'épaule.

Le diagnostic est clair, c'est une syringomyélie. L'arthrite qui en est le symptôme dominant a apparu de bonne heure. En somme, ce n'est pas plus surprenant que de voir se montrer tôt la scoliose, qui est parfois un signe précoce ; la scoliose résultant elle aussi d'arthropathies destructives et disloquantes des articulations d'une moitié du rachis.

La malade était venue à l'hôpital nous demander une intervention. La ponction faite le 25 octobre est suivie de la reproduction rapide du liquide et la tumeur préscapulaire reparaît plus grosse qu'auparavant. La malade s'attend à une opération. Elle se montre si navrée quand je lui manifeste mon intention d'en rester là, si désespérée que la chirurgie ne puisse rien pour elle que, cédant au désir de paraître lui faire quelque chose et poussé aussi par la curiosité de constater *de tactu* l'état de l'article, je me résous à refaire la ponction au bistouri. Le 2 novembre, ayant étourdi la malade de quelques bouffées de chloroforme, sans pousser jusqu'à la chloroformisation profonde, puisque l'analgésie supprimait en grande partie la douleur opératoire, je fis une incision préscapulaire ; je vis apparaître entre les faisceaux musculaires écartés le diverticule herniaire de la synoviale gonflée. Avec toutes précautions d'asepsie, je fendis la poche et évacuais le liquide jaune trouble. La tête humérale n'existait plus et l'humérus se termi-

nait en haut en cylindre vaguement renflé. Je résèque toute la boursoufflure de la capsule amincie, et après lavage de l'article à l'eau bouillie, je suture soigneusement les deux lèvres de la brèche elliptique ouverte par cette résection.

Les premiers jours je n'eus guère à me louer de cette intervention de complaisance et de curiosité. La reproduction considérable et immédiate du liquide surdistendit rapidement l'articulation et fit céder les sutures qui maintenaient les bords de l'incision de la synoviale.

Dès le surlendemain le pansement était inondé de liquide qui devint vite louche. Le 6 novembre température 39°. Faisant sauter les deux points du bas de l'incision, je transfixai la partie inférieure de la cavité articulaire d'un très gros drain qui sort à la partie postérieure de l'épaule. Immédiatement la température tombe ; l'état général redevient et ne cesse plus d'être étonnamment bon. On n'eût pas soupçonné, en voyant cette femme, qu'elle avait une vaste articulation malade, ouverte et drainée. La sécrétion du liquide trouble diminua bientôt. Toutes les semaines je change le drain transfixeur en le remplaçant par un plus mince, puis par une mèche de quelques crins que j'enlève un à un. Enfin, vers le milieu de décembre, elle sort de l'hôpital. La cavité articulaire semble s'être réduite ; les os se luxent encore, frottant et craquant dans les mouvements, mais beaucoup moins qu'auparavant; les mouvements, toujours limités, sont plus faciles et plus précis et la malade se déclare assez satisfaite du résultat.

Je fus près de deux ans sans voir cette femme. Vers la fin de juillet dernier, le docteur Hernu, auquel j'en avais demandé des nouvelles, m'envoya sur son état l'intéressante et très complète note que voici :

La femme T..., Maria, d'Auchel, opérée pendant l'hiver 1897-98, d'arthrotomie de l'épaule gauche pour une arthropathie nerveuse (syringomyélie) et réexaminée hier 16 juillet 1899 par nous, se trouve dans un état de santé générale très satisfaisant.

L'épaule gauche présente encore des désordres très importants. L'épanchement articulaire a à peu près disparu, mais les surfaces articulaires semblent toujours dissociées. En imprimant des mouvements au bras, la tête de l'humérus paraît baller de différents côtés de la cavité cotyloïde de l'omoplate, comme si elle avait perdu ses moyens d'attache naturels ; de plus on perçoit une sensation de frottement rude qui n'est pas comparable à la crépitation de l'arthrite sèche.

Le moignon de l'épaule est gros, large, sans atrophie deltoïdienne apparente. L'articulation scapulo-claviculaire est instable et un peu disloquée. L'articulation du coude reste solide ; mais la radio-carpienne montre un commencement de laxité. Le membre tout entier reste faible.

Atrophie et parésie de certains muscles : Les fosses sus et sous-épineuses sont un peu creuses.

Les muscles grand dorsal, grand rond et grand pectoral sont intacts et se contractent bien.

Le muscle grand dentelé paraît en partie paralysé et laisse remonter en dedans et en haut le bord interne de l'omoplate, tandis que l'angle acromial de cet os tombe en bas et en dehors. Le deltoïde se contracte peu et d'une manière irrégulière, on dirait que quelques faisceaux seulement de ce muscle entrent en action, aussi son effet est presque nul, et le bras ne peut être porté dans la position horizontale.

Les muscles fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras, notamment le biceps et le triceps, se contractent mais avec une énergie diminuée. Les muscles de l'avant-bras sont ceux qui paraissent les moins intéressés. Les éminences thénar et hypothénar ne présentent guère d'atrophie. Somme toute, et malgré cet état des articulations et des muscles, la malade trouve que son membre supérieur lui est beaucoup plus utile qu'avant l'opération, alors que le ballottement de l'épaule en bras de polichinelle enlevait toute vigueur et toute précision à ses mouvements.

Troubles de l'innervation : Une zone comprenant le côté gauche du cou, c'est-à-dire le triangle sus-claviculaire, une grande partie de la région thoracique antérieure gauche, la région scapulo-humérale et deltoïdienne, la région du bras jusque au-dessous du coude, et même, quoique à un moindre degré, l'avant-bras et la main, présentent des troubles très importants de la sensibilité.

La sensibilité tactile y est conservée ; la sensibilité douloureuse et celle de la température sont perdues. Les piqûres, le contact des corps chauds et froids sont perçus par une simple impression de toucher sans aucune impression douloureuse ni aucune sensation de brûlure ni de refroidissement. Il est à remarquer qu'après le contact d'un corps chaud la peau rougit comme sur les autres parties du corps.

Le sens de la contractilité musculaire paraît également troublé ; ainsi, quand la malade prend un objet dans la main, elle perçoit une sensation de contact mais elle n'apprécie nullement le poids ; elle ne sent pas si elle fait l'effort suffisant pour le tenir et souvent elle le laisse échapper. Elle éprouve aussi, quand elle essaie de coudre, des crampes dans le bras et de la contracture qui fixent les doigts de la main gauche dans une position demi-fléchie.

Il n'y a pas de scoliose ni d'atrophies musculaires en dehors des régions malades indiquées ci-dessus ; l'innervation des membres inférieurs est intacte ; il n'y a aucun trouble cérébral appréciable.

Dans les premiers jours d'août, j'ai revu à Lille Maria T..., et n'ai pu que constater la parfaite exactitude des observations de M. Hernu.

En résumé :

Chirurgicalement le résultat opératoire n'est pas assez brillant pour que l'on doive s'inscrire contre l'abstention généralement conseillée dans les arthropathies nerveuses. Il faut cependant constater qu'une synovectomie (ou synovo-capsulectomie) partielle, suivie de drainage de l'articulation, a diminué la tendance hypersécrétrice qui surdilatait la jointure et en faisait une articulation ultra-ballante. La capsule rétrécie, les tissus ligamenteux se sont quelque peu raffermis ; et la malade fait mieux,— ou moins mal,— et avec un peu plus de précision, les mouvements réduits qu'elle exécute.

Médicalement la maladie de la moelle reste unilatérale et marche très lentement. Peut-elle s'arrêter ? C'est peu probable ; la syringomyélie passe pour incurable et fatale. Mais qu'est-ce au juste que la syringomyélie ? Les lésions syringomyéliques consistent en des cavités anormales creusées dans la substance grise de la moelle, de la moëlle cervicodorsale surtout. On avait pris cela d'abord pour des dilatations du canal épendymaire. Depuis on a attribué cet état vacuolaire soit à une myélite spéciale, soit à une gliomatose (neuro-gliome, ou gliome télangiectasique). D'autres enfin, rapprochant la syringomyélie de la « Maladie de MORVAN » ou *parésie analgésique avec panaris des extrémités supérieures*, font de toutes deux une modalité de la lèpre anesthésique. Nous avons vu que chez notre malade il existait des symptômes dermiques,des plaques lupiques en particulier, pouvant éveiller l'idée de lèpre. Mais nous laissons aux neurologues ces questions encore obscures et complexes qui ne sont pas, aurait dit Ambroise PARÉ, « gibier de chirurgien. »

Analyses de Mémoires français & étrangers

Étude sur le genu recurvatum consécutif à la coxalgie et sur le déplacement cunéen de la rotule (*Presse Médicale*, Paris, 1899, p. 149).

M. POTEL a publié récemment dans la *Presse Médicale* une étude, dont nous extrayons quelques points intéressants.

L'auteur a observé un cas curieux de genu recurvatum très prononcé, consécutif à une coxalgie. Il existait en même temps un déplacement cunéen de la rotule.

L'auteur discute la fréquence du genu recurvatum. D'après M. CAMPENON, la fréquence en serait extrême. Et cependant aucun classique n'en fait mention. Il y a là une question qui reste à élucider. Quelle est la pathogénie de cette malformation ? Ici nous laissons la parole à l'auteur :

M. CAMPENON reconnaît des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

Les causes prédisposantes sont :

1° L'âge du sujet. Plus l'enfant est jeune, plus le genu recurvatum est fréquent. De règle entre trois et six ans, exceptionnel de douze à quinze ans, ils n'existerait pas après quinze ans.

2° L'état général. L'enfant chétif y est plus prédisposé que l'enfant vigoureux.

3° La durée du séjour au lit avec position étendue rectiligne. Plus le traitement est long, plus le genu recurvatum est prononcé.

Nous reconnaissons à ces diverses causes une certaine valeur, mais encore ne faut-il pas leur accorder une importance trop considérable. Nous avons soigné plusieurs coxalgiques de quatre et cinq ans, sans jamais observer de genu recurvatum. Par contre, notre malade avait quinze ans et demi quand nous lui avons fait remarquer sa déformation (ce qui ne veut pas dire qu'elle n'existait pas depuis assez longtemps). Il en est de même de l'état général. Evidemment, un enfant chétif aura les ligaments moins résistants qu'un autre. Mais a-t-on souvent l'occasion de voir des coxalgiques « vigoureux » ?

Nous croyons que les causes invoquées par M. CAMPENON, comme causes déterminantes, ont plus de valeur.

Ce sont : 1° la position du membre et l'atrophie inégale des groupes musculaires antérieur et postérieur ; 2° la position du membre (nous laissons hors de cause l'élongation des ligaments par les appareils à traction, la traction devant s'exercer sur les condyles et non sur la jambe ; d'ailleurs on observe le genu recurvatum chez des enfants traités par la gouttière de BONNET et des appareils plâtrés).

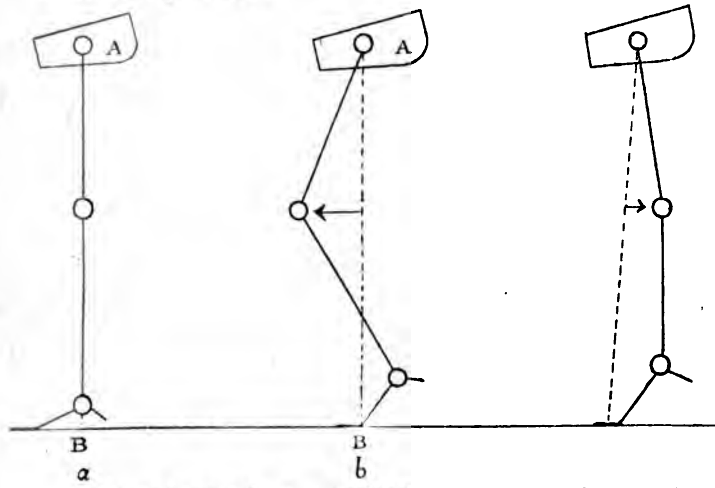
Il est hors de doute que le membre étant fixé dans un appareil plâtré, en extension complète, repose, d'une part, sur l'extrémité supérieure et postérieure de la cuisse et sur la fesse, d'autre part, sur le mollet. Le talon reste surélevé de 2 à 4 centimètres au-dessus du plan de la table. Dans ces conditions, le genou porte à faux et a une tendance, par conséquent, à fléchir en arrière.

M. CAMPENON admet, en outre, que le groupe des

fléchisseurs s'atrophierait, tandis que les extenseurs agiraient, même sous l'appareil, par contractions synergiques.

Mais quelle que soit la valeur de tous ces éléments étiologiques, nous ne les croyons pas capables de produire une déformation aussi intense. Beaucoup de coxalgiques, en effet, sont immobilisés en extension pendant douze, dix-huit, vingt mois et plus, et cependant on n'observe que très rarement de pareilles déformations.

Que ces diverses causes aient contribué à amorcer la malformation, nous n'en doutons pas, mais nous croyons que l'élément causal le plus important, et de beaucoup, réside dans le mécanisme même de la marche. Le simple schéma ci-dessous nous le fera facilement comprendre.



A l'état normal, *a*, pendant la marche, l'axe mécanique (A B) du membre se confond avec l'axe anatomique, et repose sur le sol par deux points : le calcanéum et l'extrémité antérieure des métatarsiens.

Dans la coxalgie non traitée, *b*, avec ou sans raccourcissement, la cuisse se fléchit sur le tronc, la jambe sur la cuisse. Le pied ne repose plus sur le sol que par la pointe. L'axe mécanique passe en arrière de l'axe anatomique et l'on voit que la marche augmentera la flexion.

Dans notre cas, au contraire, comment s'effectue la marche ?

Le membre inférieur gauche, plus court de 13 centimètres, repose sur l'extrême pointe du pied. La hanche est ankylosée en rectitude. Il est facile de voir que dans ces conditions l'axe mécanique se trouve porté en avant de l'axe anatomique, et, par conséquent, la marche aura pour résultat d'augmenter l'hyperextension et le genu recurvatum.

Tout en reconnaissant une valeur réelle aux causes citées par M. Campenon, nous croyons donc que la marche avec un membre raccourci et ankylosé en rectitude constitue le facteur étiologique le plus important de pareilles déformations. Le genu recurvatum sera d'autant plus prononcé que le malade marchera davantage.

L'auteur étudie ensuite le déplacement cunéen de la rotule. Cette affection est très rare. On ne connaît guère que le cas de Lannelongue.

Voici comment Lannelongue décrit cette affection :

« Dans l'extension, rien d'apparent ; quand on met la jambe en demi-flexion, la rotule ne fait plus de saillie. Elle s'enfonce et paraît avoir été retranchée du genou ; alors, les parties saillantes des condyles du fémur viennent sous la peau, et là, il y a un plan osseux en coup de hache. C'est que la rotule s'en est allée profondément dans l'articulation, beaucoup plus profondément qu'à l'état physiologique et elle y a pénétré en coin. »

Quelle est la cause de cette malformation ? Cette cause est celle que Lannelongue a mise en lumière : le raccourcissement du ligament rotulien.

Nous avons vu que le ligament rotulien du côté gauche était 1 cent. 1/2 plus court que le droit. Cette brièveté s'explique.

On sait que si la contraction musculaire a une action sur le développement des épiphyses, elle a une action non moins manifeste sur le développement des tendons. Or, pendant plusieurs années, les muscles extenseurs de notre malade ont été dans l'inaction absolue.

A l'heure actuelle encore, ce muscle se contracte peu pendant la marche. L'enfant, instinctivement, évite les fortes contractions de son triceps, pour ne pas reproduire son genu recurvatum. Il raidit son membre inférieur et avance tout le corps par une demi-rotation. Il n'est donc pas extraordinaire que le tendon rotulien se soit moins développé que du côté sain. Le tendon étant plus court, attire plus loin la rotule et la fait pénétrer dans l'entrebâillement fémorotibial.

D'après M. le professeur Dubar, le raccourcissement du tendon ne suffirait pas pour expliquer cette malformation ; il faut encore qu'il existe une atonie marquée du muscle quadriceps.

Dr H. G.

VARIÉTÉS

L'Imprimeur et le Docteur

(Fable imitée de Lafontaine)

M. le docteur Diday, le spirituel collaborateur de Jules Guérin à la *Gazette médicale de Paris*, reçut un jour de son imprimeur, quelque peu versificateur comme on va le voir, sa facture de fin d'année, accompagnée de la pièce suivante.

L'imprimeur ayant imprimé
Tout l'été,
Trouva sa caisse dépourvue
Quand la bise fut venue.

Il alla crier famine
Chez la *Gazette*, sa voisine,
La priant de lui payer
Ses fournisseurs et son loyer.

« Comptez sur ma reconnaissance,
Lui dit-il, et sur ma quittance ;
Mais ne rabattez pas un sou,
Le beurre est à des prix de fou. »

La *Gazette* est si bonne fille
Que de sa voix la plus gentille
Elle répondit : mais comment,
Il ne vous faut qu'un peu d'argent !
Voici trente billets de banque,
Voyez, mon cher, si rien n'y manque.

Heureux et confus, l'imprimeur,
Tomba dans les bras du docteur.

Cet appel fut entendu. L'excellent Docteur accourut régler sa facture, au bas de laquelle l'imprimeur écrivit :

Du plus aimable des Docteurs
J'ai reçu sans rien rabattre,
Trois mille francs bonnes valeurs
Vingt décembre soixante-quatre.

Cette pièce fut publiée dans le journal et, paraît-il, jamais les réabonnements du jour de l'an ne furent aussi nombreux.

La fièvre typhoïde à Paris en juillet et août 1899.

M. Thoinot disait récemment à la Société médicale des hôpitaux : « La Vanne réclame pour sa part propre l'épidémie de 1894 et, semble-t-il aussi, la *recrudescence de* 1899. » Revenant aujourd'hui sur cette question dans les *Annales d'hygiène publique*, il montre que cette recrudescence est devenue *épidémie*.

Du 1er janvier au 15 juillet, la fièvre typhoïde a donné environ 1500 cas *déclarés* dans la population civile. Depuis le 15 juillet il a été déclaré 585 cas civils. En y ajoutant les cas militaires dont M. le docteur Chaunel a relevé au conseil d'hygiène de la Seine le 4 août dernier, on arrive à un total de plus de 650 cas déclarés à Paris.

M. Thoinot, se basant : 1° sur la répartition des cas dans Paris, suivant la distribution en eau de source ; 2° sur l'état sanitaire des villes témoins ; 3° sur la comparaison de la manifestation de 1899 avec celle de 1894, montre que l'eau de la Vanne est *responsable* de cette épidémie.

Des chiffres fort instructifs donnés par M. Thoinot, retenons surtout ceux qu'il emprunte à M. Chauvel, qui a constaté pour la population militaire que 154 *cas* sur 17, en juin, étaient sur le territoire de la Vanne. A côté de cet exemple il cite l'état sanitaire des deux villes : *Nononcourt*, dans l'Eure, qui boit l'eau de l'Avre empruntée à la canalisation parisienne, n'a pas eu de fièvre typhoïde ; en revanche, *Sens*, qui boit l'eau de la Vanne, empruntée à la canalisation parisienne, a eu en 1899 42 *cas de janvier au* 31 *juillet*, dont 29 pour la population civile et 13 pour la population militaire.

Enfin, en 1894 comme en 1899, l'épidémie débute à Paris et à Sens simultanément. Dans ces deux épidémies, il existe une localisation prédominante dans les quartiers alimentés en Vanne et on constate l'indemnité ou peu s'en faut des fractions militaires non alimentées en Vanne.

Le rôle de la Vanne n'est donc pas douteux, et il faut savoir gré à M. Thoinot de mettre le doigt sur l'une des plaies dont souffre la population parisienne. (*Gazette des Hôpitaux*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nominations

Par arrêté rectoral, sont nommés :

M. Gaudier, agrégé, chargé du cours complémentaire de laryngologie pendant l'année scolaire 1899-1900.

M. Deléarde, agrégé, chef des travaux pratiques de bactériologie pendant l'année scolaire 1899-1900.

Sont prolongés, pour une année, dans leurs fonctions :

MM. Desoil, chef de clinique médicale.
Lambret, chef de clinique chirurgicale.
Potel, chef de clinique chirurgicale.
Huyghe, chef de clinique médicale.

M. Jouvenel, aide-préparateur d'histologie, est nommé chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Dubois est maintenu, pour l'année scolaire 1899-1900, dans les fonctions de moniteur des travaux pratiques de physiologie.

M. L. Javitz est délégué, à titre provisoire, dans les fonctions d'aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Le Gentil, démissionnaire.

Concours d'Internat et d'Externat

Sont désignés pour composer les jurys des concours d'Internat et d'Externat :

A. *Concours d'Internat.* — MM. Dubar, Baudry, Surmont, Charmeil, Oui, juges titulaires. — MM. Wertheimer et Carlier, suppléants.

B. *Concours d'Externat.* — MM. Combemale, Phocas, Carrière, Deléarde, Gaudier, juges titulaires. — MM. Bédart et Ausset, suppléants.

Avis à MM. les Internes des Hôpitaux

Le Comité de l'*Association amicale des Internes et anciens Internes des Hôpitaux de Lille* a l'honneur d'annoncer à MM. les Internes titulaires de 2e et 3e années que, en vertu des articles du titre IV des Statuts, deux Concours seront ouverts le mardi 31 octobre 1899, à neuf heures du matin, pour l'obtention de deux prix, l'un de médecine, l'autre de chirurgie et accouchements.

Ces prix seront chacun de 100 francs en espèces.

Les épreuves comporteront :

1° Un mémoire inédit . . . . 40 points.

2° Une épreuve clinique . . . . . . 40 points.

(Un quart d'heure d'exposé après une demi-heure d'examen et un quart d'heure de réflexion).

3° Une épreuve écrite sur un sujet de pathologie . . . . 20 points.

Les candidats devront faire connaître au Secrétaire général de l'Association leur intention de prendre part aux épreuves au moins dix jours avant l'ouverture du Concours.

Ils devront lui faire parvenir leur mémoire pour la même époque.

Les Concours auront lieu dans les services de clinique, avec l'autorisation de l'Administration et des chefs de service.

L'Hôpital où les candidats subiront les épreuves leur sera désigné par lettre la veille du Concours.

Distinctions honorifiques

M. le Docteur Aigre, maire de Boulogne-sur-Mer, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique : M. le Docteur Weil (de Paris).

Officier d'Académie : M. le Dr Gros, ancien médecin-major de 1re classe.

Chevalier du Mérite agricole : M. le Docteur Cacarrié (de Saint-Priest-la-Roche).

Médecin député

M. le Docteur Empereur vient d'être élu député de Moutiers.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de MM. les Docteurs Roussin, médecin des colonies en retraite; J. Gailhard, médecin principal de la marine en retraite, décédé à Saint-Jean-de-Luz; Defalle (de Liège); Gastinel pacha (de Marseille).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

38e semaine, du 17 au 23 septembre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	17	4
3 mois à un an	5	6
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	6	3
40 à 60 ans	5	4
60 à 80 ans	3	12
80 ans et au-dessus	2	2
Total	43	36

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	6	8	15	11	10	13	5	8	21	»	5	102
TOTAL des DÉCÈS	5	12	13	13	6	4	5	2	16	1	2	79
Autres causes de décès	1	5	3	4	5	2	1	1	6	»	2	30
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	2
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	2	1	1	1	»	»	»	»	2	»	»	7
Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	2	2	6	5	»	»	4	1	5	1	»	26
Maladies organiques du cœur	»	1	1	»	»	»	»	»	1	»	»	3
Bronchite et pneumonie	»	2	»	1	»	»	»	»	1	»	»	4
Apoplexie cérébrale	»	1	»	1	1	1	»	»	1	»	»	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

(CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS)

N° 143. Troisième Année, N° 41. Le Numéro : **10** centimes. 8 Octobre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'Épilepsie essentielle (1).

Par le docteur **G. Carrière**, Agrégé
Chef du Laboratoire des Cliniques à l'Université de Lille

Dans la première partie de ce travail j'ai envisagé seulement le traitement de la crise épileptique ; il nous reste maintenant à étudier le traitement qu'on devra opposer à la maladie dans la période interparoxystique.

Mon hésitation est fort grande, je l'avoue, en abordant ce chapitre. On a préconisé tant de méthodes, tant de médications, tant de produits contre l'épilepsie. Chaque auteur vante les résultats merveilleux de son procédé qui, passé au crible d'une critique impartiale, ne vaut pas les anciennes méthodes.

C'est en effet la médication bromurée qui, aujourd'hui encore, donne au praticien les résultats les plus constants. Ne donne-t-elle rien ? La faute en est bien plus souvent à la méthode d'administration préconisée qu'à la médication elle-même. Il me semble, après avoir fait et vu faire les tentatives thérapeutiques les plus diverses contre l'épilepsie, il me semble, après avoir parcouru toutes les méthodes préconisées, après les avoir analysées et souvent contrôlées, il me semble, dis-je, que *tout épileptique doit être soumis à la médication bromurée avant d'essayer quelque autre traitement que ce soit.*

C'est donc par l'étude de la médication bromurée que nous commencerons, nous réservant d'étudier et de critiquer dans la suite les autres méthodes prônées par les divers auteurs.

I. MÉDICATION BROMURÉE.

Quelle que soit la médication à laquelle on a recours, il convient, si l'on veut interpréter exactement son action, de recommander au malade d'avoir un « Agenda des Crises. » C'est toujours par là que je commence, suivant en cela le conseil de CHARCOT.

Sur cet agenda, le malade écrit s'il a eu une ou plusieurs crises et quelle a été leur nature ou leur violence. On peut de la sorte se rendre un compte très exact de l'action de la médication qu'on emploie et cela même est des plus importants pour la direction générale du traitement.

Cette précaution étant prise, comment allons-nous procéder à l'administration des bromures.

C'est en 1834 qu'ANDRAL signale pour la première fois les propriétés sedatives du brome. C'est en

(1) Voir *Écho Médical du Nord*, 17 septembre 1899.

1851 que Locock préconise le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie. Depuis cette époque, les travaux de Charcot, Rames, Martin-Damourette, Pelvet, Voisin, Féré, Bourneville, ont bien mis en lumière l'efficacité de cette médication.

On crut longtemps et quelques-uns croient encore aujourd'hui que c'est le brome seul qui agit dans le bromure. De là les tentatives innombrables faites pour remplacer le bromure de potassium par un de ses homologues. Je m'empresse d'ajouter qu'elles n'ont point réussi. *Aucun autre bromure n'a une efficacité égale à celle du bromure de potassium.*

C'est en vain qu'on a eu recours aux bromures de strontium, de sodium, d'ammonium, d'arsenic, de camphre, de calcium, de zinc, de nickel, d'or, de rubidium ; c'est en vain qu'on a essayé des bromures organiques (d'éthylène, d'éthyle, bromoléine, bromé-thylformol, etc.). Aucun ne peut se comparer dans ses effets au bromure de potassium, ce qui laisse à penser que si le brome a des propriétés sédatives, la base elle-même a une action vraiment spécifique contre le paroxysme épileptique.

C'est donc au bromure de potassium que nous donnerons la préférence.

On peut employer dans le traitement de l'épilepsie le bromure de potassium, seul ou associé, soit à d'autres bromures, soit à d'autres médications.

Je le dis d'ores et déjà, et nous verrons pourquoi dans un instant : c'est le bromure de potassium *seul* qui donne de beaucoup les meilleurs résultats dans le traitement de l'épilepsie.

La solution de bromure de potassium que je formule ordinairement est celle que j'ai toujours vu conseiller par mon maître, M. le Professeur Pitres.

Bromure de potassium.	50 grammes.
Arséniate de soude . .	0,15 centigr.
Eau distillée	1 litre.

Une cuillerée à bouche renferme exactement 1 gr. de bromure de potassium. L'arséniate de soude agit ici comme tonique destiné à combattre l'action dépressive du bromure sur la nutrition.

L'administration du bromure de potassium peut se faire suivant quatre modes bien distincts :

Administration { Interrompue ; Continue { Constante, Oscillante, Progressive }

La médication bromurée interrompue fut surtout préconisée par Legrand du Saulle, mais seulement après la cessation des attaques. A ce moment elle peut, nous le verrons, donner quelques bons résultats surtout contre les états psychiques, équivalents cliniques de l'accès disparu.

Ce cas étant mis à part, la médication bromurée interrompue ne rallie que fort peu de partisans. Ceux qui la préconisent encore donnent par exemple trois semaines de bromure, une de repos — ou bien encore quinze jours de bromure, quinze jours de repos ; ou encore un mois de bromure, quinze jours de repos, etc..... Hâtons-nous de dire qu'une telle méthode employée contre l'épilepsie en pleine période d'activité ne donne que des résultats déplorables. On n'en obtient rien et l'on peut en conséquence méjuger l'action vraie du bromure. Nous ne saurions donc trop la repousser au moins au début et nous la réserverons pour l'époque où, l'épilepsie étant guérie, il faudra combattre les états psychiques qui apparaissent alors ou arriver à la suppression du médicament.

L'administration continue constante du bromure ne compte que fort peu d'adeptes. Ceux-ci donnent d'emblée une dose de 2, 3 ou 4 grammes et la continuent quotidiennement pendant des années s'il le faut. Cette méthode est à rejeter également.

Nous savons en effet que pour lutter efficacement contre les paroxysmes épileptiques il faut atteindre une certaine dose quotidienne de bromure. Au-dessous de cette dose on n'obtient rien bien souvent. Or, cette dose étant quelquefois très élevée : comment y arrivera-t-on en suivant cette méthode ? Jamais. Et si l'on commence par une dose très élevée n'est-ce pas s'exposer avec certitude aux accidents du bromisme ?

Il ne faut pas se dissimuler d'autre part qu'administré de la sorte le bromure devient rapidement inactif, l'organisme s'y accoutumant très rapidement.

Pour toutes ces raisons nous rejetons donc cette méthode d'administration.

Quelques auteurs, le Pr Grasset entre autres, recommandent d'administrer le bromure suivant un mode que je qualifierais volontiers de mode oscillant. Voici comment ils procèdent.

Le malade prend deux grammes de bromure pendant cinq jours ; quatre pendant cinq jours ; six pendant cinq jours, etc.... jusqu'à dix grammes par jour. Puis on diminue de deux grammes tous les jours et on augmente ensuite dans une nouvelle série.

Cette méthode est préférable à la précédente, mais

je lui préfère la médication progressive continue. On ne peut pas en effet passer sans danger d'une dose quotidienne de six grammes à une de huit grammes ! La progression n'est pas suffisamment lente.

En second lieu la dose quotidienne de dix grammes est parfois insuffisante ; nous en avons vu bien souvent des exemples.

Enfin la dose quotidienne de huit ou dix grammes peut n'être pas suffisante en cinq jours pour amener un résultat : il faut souvent persister bien davantage.

Tout en reconnaissant donc que cette méthode est parfois très satisfaisante je lui préfère la suivante.

Voici donc comment on procède à l'administration continue progressive du bromure.

La première semaine le malade prend une dose quotidienne de un gramme de bromure de potassium, la seconde deux grammes, la troisième trois et on augmente ainsi de un gramme par semaine jusqu'à ce que l'on observe les premiers symptômes de l'intolérance d'une part et d'autre part un amendement notable des paroxysmes. On est arrivé à ce moment là à ce que Gilles de la Tourette appelle « la dose suffisante. »

C'est surtout l'apparition des premiers signes de l'intolérance bromique qui me guide en général pour arrêter la progression. Je ne me préoccupe qu'accidentellement des crises. Le plus souvent, en effet, l'amendement de paroxysme ne survient que quelques jours après l'apparition des symptômes de l'intolérance. Une fois la dose suffisante atteinte on continue à cette dose quotidienne pendant au moins un an après le dernier accès, sauf le cas où le paroxysme disparu est remplacé par un des états psychiques si fréquents à ce moment S'il en était ainsi il faudrait avoir recours à la médication bromurée interrompue, la plus efficace en ce cas.

La dose suffisante est, on le conçoit, très variable suivant les individus. Chez l'un elle sera de deux grammes, chez l'autre de dix grammes, chez un troisième on ne pourra même, à doses énormes, produire l'intolérance. C'est donc une question de susceptibilité personnelle, d'idiosyncrasie.

Il n'y a donc pas de doses à fixer. D'une façon générale cependant, on peut dire que les doses énormes de bromure (vingt à vingt-cinq grammes par jour) sont absolument inutiles et l'on peut dire *qu'il n'est pas nécessaire de dépasser une dose quotidienne de quinze grammes.*

Comment doit-on administrer le bromure ? On a recommandé la voie rectale. Cette méthode donne le plus souvent des résultats déplorables. Le bromure est caustique. Il détermine en conséquence du ténesme, des hémorrhoïdes, voire même de la rectite ulcéreuse.

On doit administrer le bromure par la voie buccale. Il faut autant que possible diluer le médicament pour éviter son action caustique sur la muqueuse gastrique. On usera à ce titre du lait, de la bière, ou d'une infusion de tilleul ou de fleurs d'orangers. Jamais on ne doit prendre la solution bromurée pure, ni à jeun. En ce dernier cas en effet l'ingestion du bromure produit des crampes intolérables. Il ne faut pas prendre le bromure trop près des repas : on s'exposerait alors à des accidents de gastrite, à des vomissements, à de la diarrhée.

L'administration du bromure, disions-nous tout à l'heure, doit être continuée longtemps; la menstruation ne doit pas la faire suspendre. On peut en dire autant de la grossesse. Il semble même en ce dernier cas qu'il soit utile d'être plus sévère encore, car il est prouvé de nos jours que la médication bromurée a des effets heureux sur les enfants de mères épileptiques

Les maladies intercurrentes ne doivent pas non plus faire suspendre la médication bromurée. Cependant ici on peut se relâcher car, c'est un fait d'observation courante, les paroxysmes épileptiques s'envolent bien souvent pendant la durée d'une maladie aiguë.

Les enfants peuvent être soumis sans inconvénients à la médication bromurée. Ils la tolèrent admirablement et l'on voit bien souvent de jeunes enfants de quatre à cinq ans tolérer des doses quotidiennes de quatre à cinq grammes.

Comme nous le disions il y a un instant à peine, il convient de continuer le traitement un an au moins après la disparition du dernier accès.

A ce moment on diminue chaque mois de un gramme la dose quotidienne en se tenant prêt à augmenter à la moindre alerte.

A la suite de ce traitement rigoureux on observe des guérisons réelles et définitives. Sur 43 cas d'épilepsie que j'ai vu traiter de la sorte j'en connais :

8	qui n'ont plus eu un	seul accès depuis	6 ans	que la médication est suspendue
2	»	»	4	»
4	»	»	3	»
2	»	»	2	»
1	»	»	1	»
5	»	»	6 mois	»

Sur les dix épileptiques que j'ai en ce moment en

traitement il y en a six qui n'ont plus d'attaques, deux qui sont améliorés, deux qui n'en ont retiré aucun bénéfice.

Les douze autres malades ont été améliorés légèrement ; mais non d'une façon persistante.

En résumé, sur quarante-trois malades il y a eu vingt-deux guérisons qui semblent définitives ; six améliorations très considérables, six améliorations légères et neuf résultats nuls. Ces faits me semblent assez démonstratifs pour se passer de commentaires.

Dans les cas où l'amélioration n'est pas suffisante ou est nulle, alors seulement on pourra avoir recours aux bromures associés soit entre eux, soit avec d'autres médications, on pourra aussi employer les autres méthodes.

Nous avons vu que, *pris séparément, il n'y a aucun autre bromure capable de remplacer le bromure de potassium. Dans certains cas cependant l'association des bromures entre eux donne de bons résultats.* En fait d'association il n'y a lieu de retenir que celle dans laquelle on fait rentrer les bromures de sodium, de potassium, d'ammonium et de strontium : c'est de beaucoup celle qui donne les meilleurs résultats. En voici la formule :

Bromure de potassium Bromure de sodiun	ãã 15 grammes.
Bromure d'ammonium Bromure de strontium	ãã 10 grammes.
Arséniate de soude. .	0,15 grammes.
Eau distillée	1 litre.

Chaque cuillerée de cette solution renferme un gramme de bromures associés, le mode d'administration est le même : continu progressif.

Cette méthode donne parfois de bons résultats, là où le bromure de potassium seul avait échoué. Elle est inférieure cependant à celui-ci et on doit toujours commencer par ce dernier.

On emploie beaucoup, dans notre région, une spécialité, l'antiépileptique de Liège. C'est une combinaison de bromures dont l'administration présente de sérieux inconvénients. Les accidents de bromisme et en particulier les états psychiques dépressifs graves m'ont semblé plus fréquents après elle. On a associé encore les bromures à d'autres médicaments. Je n'insiste pas sur l'association avec l'oxyde de zinc, ou la belladone : elle ne nous a jamais donné de résultats dignes d'intérêt. J'insisterai un peu plus sur le traitement de FLECHSIG dont on a tant parlé et que j'ai eu récemment l'occasion d'expérimenter dans un cas rebelle à tout autre médication. Il ne s'agit pas ici, à proprement parler, d'un traitement associé, mais plutôt d'un traitement alternant. Pendant six semaines le patient prend de l'opium à doses croissantes de 0,05 à 1 gramme par jour. Arrivé à cette dose on supprime brusquement l'opium et on le remplace immédiatement par du bromure à la dose de 7 gr. 50 par jour pendant deux mois.

Cette méthode présente de graves inconvénients :

1° On note souvent, dans la première période, des accidents graves d'intoxication opiacée ;

2° Il est nécessaire que le malade soit pendant cette période soumis à la surveillance continuelle d'un médecin, ce qui n'est pas pratique ;

3° La dose de 7 grammes de bromure réveille chez nombre de sujets des accidents bromiques graves d'emblée ;

4° Enfin les résultats de cette méthode sont loin d'être brillants et en face des statistiques de FLECHSIG et de BENNEKE se dressent celles de POLLITZ, BÖHME, FÉRÉ, qui n'a eu que deux résultats heureux sur vingt-trois cas. La méthode de FLECHSIG ne m'a été d'aucune utilité : *elle ne saurait être préférée à celle du bromure de potassium.*

BECHTEREW a associé le bromure à l'adonis vernalis et à la codéine. M. TATY, qui a mis cette méthode à l'épreuve, n'en a retiré aucun avantage. BECHTEREW a préconisé plus récemment encore l'association suivante :

Bromure de potassium. Bromure de sodium . . .	ãã 5 grammes
Codéine.	0,15 à 0,20
Infusion avec 0 gr. 75 de feuilles de digitale. . .	180 grammes

à prendre en un jour et à continuer par périodes.

Je traite en ce moment-ci deux malades par cette méthode. Tous deux sont *très améliorés*, mais leurs accès n'ont pas disparu. Il est vrai que les bromures avaient échoué déjà. Ce qui m'a fait avoir recours à ce procédé, c'est que chez eux les paroxysmes débutaient par des troubles cardiaques.

En tous cas les méthodes de BECHTEREW *ne sauraient remplacer le bromure de potassium.*

De cet examen il résulte que, comme nous le disions au début, *c'est par le bromure de potassium qu'il con-*

vient d'attaquer le mal comitial ; en cas d'échec on emploiera les associations bromurées.

Quel que soit le mode d'administration et la nature du bromure, nous avons vu qu'il était utile, pour ne pas dire nécessaire, d'aller jusqu'aux premiers symptômes de l'intolérance.

Quels sont ces symptômes ? Quels sont les accidents de l'intoxication bromique. Au premier rang on doit placer les éruptions bromiques, correspondant ordinairement au type acnéiforme et qui stigmatisent en quelque sorte le visage des patients qui se soumettent à ce traitement. Je citerai encore les ulcérations bromiques dont j'ai vu de si beaux exemples dans le service de mon maître, le professeur Pitres. Toutes ces lésions cutanées sont remarquables par leur ténacité et leur persistance même après la suppression du médicament. Elles laissent souvent des marbrures violacées parfois indélébiles.

A signaler encore les troubles digestifs : anorexie, soif, carie dentaire, état saburral de la langue, fétidité de l'haleine, dyspepsie atonique, constipation. Citons encore la paragueusie, le goût salé persistant dans la bouche.

L'abolition du réflexe pharyngé, considéré par quelques auteurs comme un des premiers signes de bromisme, ne signifie rien. Ce réflexe est aboli presque aussi souvent chez l'épileptique que chez l'hystérique.

On peut encore citer l'apathie, la somnolence, la narcolepsie, l'amnésie, l'aphasie, l'anaphrodisie, les vertiges, les céphalées, les bourdonnements d'oreilles.

Voilà donc les symptômes signaux qui nous avertiront que nous avons atteint la dose suffisante.

Que ferons-nous pour combattre alors ces accidents et rendre cette dose suffisante tolérable ?

Les antiseptiques intestinaux ont donné entre les mains de M. Féré d'excellents résultats. J'y ai toujours eu recours avec efficacité. Je conseille dans ce but à mes malades de prendre à chacun des deux principaux repas un des cachets suivants :

Naphtol β	0,25 centigrammes
Salol.	0,25 centigrammes
Benzoate de soude.	0,50 centigrammes

ou encore :

Naphtol β. ou Benzonaphtol .	0,25 centigrammes
Salol ou Salicylate de Bismuth	0,50 centigrammes
Résorcine	0,25 centigrammes

Pour aider à l'antisepsie intestinale on doit aussi conseiller aux malades de boire au moins un litre de lait chaque jour, et de prendre une fois par semaine un verre d'eau de Pullna ou d'Hunyadijanos.

On veillera soigneusement à l'antisepsie de la bouche et de la peau. Pour la bouche on peut utilement se servir de thymol ou mieux de permanganate de chaux à 0,20 °/₀₀.

Pour la peau, rien ne donne de meilleurs résultats que les grands bains alcalins ou savonneux à 30°. Il faut avoir soin de ne pas dépasser ce degré, car on s'exposerait à provoquer une crise. Inutile d'ajouter que quelqu'un doit toujours surveiller l'épileptique aux bains.

Contre l'acné bromique on peut recommander les cataplasmes d'amidon froid ; les pulvérisations boriquées ou phéniquées.

Contre les accidents nerveux on emploiera la douche froide en jet brisé de 10 à 12 secondes sur tout le corps, sauf la tête.

Telles sont, dans leur ensemble, les règles générales qui doivent présider au traitement général de l'épilepsie par les bromures. Examinons maintenant les autres médications.

II. AUTRES MÉDICATIONS

Tous les **antispasmodiques** ont été préconisés dans le traitement du mal comitial. Je ne citerai que pour mémoire les infusions de tilleul, d'oranger, de pivoine, de menthe, de narcisse ou de gallum. Personne, à l'heure actuelle, ne voudrait se risquer à user d'une telle médication.

Le camphre, préconisé par Bourneville, compte à son actif quelques cures, mais le bromure de camphre, employé par cet auteur, ne saurait être comparé à celui de potassium.

L'éther n'a jamais donné de résultats satisfaisants et ce reproche s'adresse également au chloroforme.

Crighton-Brown avait recommandé le nitrite d'amyle, Wildermuth, Nacke, Umpferber, Weber, Jabrowitz, Jollis, l'hydrate d'amylène : à côté de très rares cas heureux, combien d'insuccès doit-on à ces médicaments.

L'**opium** *seul* ne donne rien dans le traitement de l'épilepsie. J'ai vu, et l'on voit bien souvent des malades soumis à la méthode de Flechsig présenter, pendant la phase opiacée du traitement, le même nombre de crises qu'auparavant, même avec une dose quotidienne de 0,80 à 0,90 centigrammes d'opium.

Depuis la guérison célèbre de FABIUS COLUMNA, on a maintes fois préconisé, dans l'épilepsie, la **valériane** et les **valérianates.**

On peut employer l'extrait de valériane aux doses quotidiennes progressives de 0,10 à 1, 2, 4 grammes. On peut encore avoir recours à l'association belladone-valériane — oxyde de zinc : le résultat est le même et l'on échoue misérablement dans l'immense majorité des cas.

J'en dirais de même des valérianates. Le valérianate d'ammoniaque, qui donne de si excellents résultats dans le traitement des accidents hystériques, échoue contre l'épilepsie.

Que dire de la jusquiame, des ammoniacaux, de l'assa fœtida, de l'ail, de la rue, du castoreum et du datura ! Leur inefficacité est hors de conteste aujourd'hui. La **belladone** et son alcaloïde ont joui pendant longtemps d'une réputation due à la grande autorité de TROUSSEAU. Il est quelques cas, bien rares hélas ! où cette médication donne de bons effets. On peut y avoir recours quand le bromure aura échoué. Le mieux en ce cas est d'employer la méthode de TROUSSEAU. Les pilules formulées par cet auteur se composent comme suit :

Poudre de belladone } āā 0,01 centigramme.
Extrait de belladone }

On commence à la dose quotidienne de une pilule puis on augmente d'une pilule chaque mois. L'organisme tolère admirablement ce médicament et il n'est point rare de rencontrer des sujets qui prennent de quinze à vingt pilules par jour. On diminue progressivement lorsqu'on a eu une amélioration.

TROUSSEAU et PIDOUX employaient encore le **sulfate d'atropine** et le **valérianate d'atropine,** mais ces médicaments semblent moins efficaces que la belladone. Les reproches à adresser à cette médication sont assez importants :

1° Il faut atteindre une dose énorme pour obtenir une sédation appréciable, d'où perte de temps quelquefois dangereuse.

2° Cette sédation est des plus inconstante : quatre améliorations notables et huit légères sur quarante-quatre malades (FÉRÉ).

3° On s'expose à l'intoxication. En effet, si la tolérance est ordinairement remarquable, il ne faut pas oublier qu'à la suite d'une émotion morale, d'un traumatisme, d'un surmenage, les accidents peuvent éclater brusquement, alors que rien ne les faisait prévoir.

La médication belladonée ne saurait être comparée à la médication bromurée. Lorsque celle-ci a échoué on est autorisé à employer la belladone et dans quelques cas on peut enregistrer des succès, j'en ai eu récemment un exemple à ma consultation du Dispensaire.

La **solanine,** lancée par GENEUIL, ne mérite pas d'être retenue. J'en dirai autant du sulfate de Duboisine; du cotylédon umbilicus, du rhus aromatica, de la vératrine.

Les **sels de zinc** (lactate et oxyde) comptent quelques rares succès. Jamais cependant on n'a publié de statistique aussi favorable que celle de HERPIN, qui, sur trente-six malades prenant de un à cinq grammes par jour d'oxyde de zinc, compte 28 guérisons ! On ne saurait nier néanmoins que l'oxyde de zinc donne seul, ou associé au bromure, des améliorations. Tout récemment encore j'ai essayé chez un jeune homme de quinze ans, rebelle au bromure, des doses progressivement croissantes de 0,40 centigrammes à quatre grammes d'un mélange de lactate et d'oxyde de zinc à parties égales : depuis, l'amélioration est considérable, mais sera-t-elle persistante ? L'avenir nous l'apprendra.

Je passe sous silence les sels d'étain, de cuivre et d'argent. Le **nitrate d'argent** n'a jamais guéri qu'un aide-de-camp de Louis-Philippe, encore n'est-il pas sûr qu'il se soit agi en ce cas d'une épilepsie vraie ! Passons encore sous silence le nitrite de sodium, le simulo, le curare, le sulfonal et le trional, l'antipyrine et le sulfate de quinine : de la lecture des observations et des critiques qu'on leur a faites se dégage cette conclusion que ce sont là méthodes à oublier.

Le **borax** a eu, lui aussi, son heure de célébrité ! Ses partisans n'ont apporté que des résultats incomplets ou défectueusement observés. Tout au contraire, FÉRÉ, sur 122 cas, a eu 85 échecs ; 24 améliorations douteuses et 13 améliorations. Quelle différence avec nos statistiques obtenues par la médication bromurée.

A côté de cette inconstance de résultats, mettons la fréquence et la gravité des accidents de borisme (diarrhées, vomissements, eczéma, alopécie, cachexie) et concluons au rejet de cette médication.

La picrotoxine et la coque du Levant ont donné à PLANAT 16 guérisons, mais que d'insuccès leur doit-on ?

Un bon nombre d'auteurs ont prôné la **révulsion crânienne** dans le traitement de l'épilepsie. Dans ce but, on a eu recours à l'acupuncture, aux cautères.

aux vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu ou sur les mastoïdes, aux frictions stibiées, au croton tiglium, aux pointes de feu sur le crâne ; personnellement, je n'ai jamais vu, depuis dix ans bientôt, une seule amélioration due à ces procédés.

D'autres, convaincus du rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des paroxysmes épileptiques, ont recommandé l'**antisepsie intestinale.** Dans ce but, on a soumis les malades au régime lacté absolu, à la diète hydrique, aux purgatifs répétés, aux antiseptiques intestinaux. J'ai, dans ce but, essayé chez trois malades le lavage de l'estomac combiné à l'entéroclyse, je n'ai jamais eu la moindre amélioration. Comme antiseptiques intestinaux, j'ai employé, sans succès, l'acide lactique, le naphtol et le benzonaphtol, le salol et le salicylate, la résorcine, seuls ou associés.

On a encore pensé (l'épilepsie étant due, croyait-on, à une hypérémie cérébrale) à employer les **vaso-constricteurs :** l'ergot de seigle et son alcaloïde, l'hammamelis et son principe actif n'ont donné que des résultats négatifs, quoi qu'en ait dit le professeur Lépine.

Peut-être est-ce à cette propriété qu'on a songé en employant l'ipéca. C.-K. Bond en 1898 avait traité avec succès une épileptique du service du docteur A. Edorves. J'ai employé cette médication chez cinq malades du Dispensaire. Imitant le docteur Bond, j'ai eu recours au vin d'ipéca du Codex anglais et j'en donnais de X à XL gouttes trois fois par jour.

Je n'ai obtenu aucune amélioration et j'ai abandonné cette méthode.

Je ne cite que pour mémoire les **dérivatifs** comme les sternutatoires préconisés par Taxill et Laycock : on n'y a plus recours de nos jours.

J'aborde maintenant la question du **traitement électrique** de l'épilepsie. Depuis longtemps déjà on l'a recommandé. Althaus employait la galvanisation du sympathique et celle des apophyses mastoïdes, Erb les courants obliques ou longitudinaux à travers la tête, Fischer et Rockwell la faradisation générale, Sghecelli la faradisation du corps thyroïde, Niemeyer la galvanisation du corps thyroïde. Je ne sache pas qu'il existe une seule observation authentique et probante de mal comitial guéri par la seule électrothérapie. *Nous n'avons donc jamais recours au seul traitement électrique dans l'épilepsie.*

Les **interventions chirurgicales** ont été tentées contre l'épilepsie. Lawson Tait n'hésitait pas à castrer les épileptiques : cela ne lui donna pas plus de résultats que la clitoridectomie n'en donna à Baker-Brown. Les Américains et Fleury ont vanté la circoncision et ses effets sur les paroxysmes épileptiques. J'ai vu pratiquer cette opération sur quelques malades du service du professeur Pitres et cela sans aucun succès. — Et du reste comment veut-on que la circoncision agisse alors qu'on ne trouve pas de phimosis? Dans les cas où elle a réussi il faut admettre qu'il s'agissait d'épilepsie réflexe et non pas essentielle.

Je ne m'arrèterais pas aux diverses opérations tentées contre l'épilepsie : ligature des carotides, des vertébrales, des faciales, trachéotomies, ayant hâte d'aborder l'étude de la sympathiquectomie, tout récemment vantée contre le mal comitial. Alexander, puis Jonnesco, Jaboulay, ont eu recours à cette intervention, réséquant ou extirpant des portions plus ou moins longues du grand sympathique.

Chipault plus récemment est revenu sur ces faits.

Que doit-on penser de cette intervention?

D'abord, il n'existe pas, que je sache, de statistique très favorable. Sur dix-huit malades, Chipault a eu dix échecs et cinq améliorations. N'oublions pas cependant que cet auteur use concurremment du bromure et qu'en conséquence il est bien difficile de se faire une opinion exacte. Déjerine, Féré, Souques, pensent que la sympathiquectomie est sans effet aucun sur le mal comitial, tout au contraire elle semble l'aggraver, ce qui est plus sérieux.

Expérimentalement du reste, on n'a jamais rien obtenu de la sympathiquectomie préventive ou curative dans l'épilepsie provoquée (Laborde).

Enfin cette opération est loin d'être bégnine. On observe après elle cliniquement ou expérimentalement de l'hémiatrophie faciale (Dupuy), de l'atrophie musculaire (Gley), des troubles cardiaques (Laborde), de l'hémiatrophie des circonvolutions cérébrales (Dupuy).

Les améliorations signalées à la suite de cette intervention nous semblent d'autre part essentiellement passagères. Ne sait-on pas enfin que tout traumatisme accidentel ou opératoire amène une sédation des paroxysmes plus ou moins prolongée ?

Pour toutes ces raisons, la *sympathiquectomie ne nous semble pas avoir droit de cité parmi les traitements du mal comitial.*

J'en dirais autant des trépanations et de la craniectomie. J'ai vu faire dans le temps cette opération dans

le service du professeur Piéchaud (de Bordeaux) et jamais les résultats n'ont été bien brillants. Je ne sache pas que depuis on ait publié des statistiques favorables.

L'intervention chirurgicale ne donne donc rien dans le traitement de l'épilepsie essentielle.

Enfin partant de points de vue théoriques divers on a préconisé des médications très variées.

Giovanni, Ballet ont essayé de la vaccination antirabique.

Seglas, Lépine ayant remarqué l'action sédative de certains érysipèles, évoluant chez des épileptiques, Hessler a eu l'idée d'employer le sérum antistreptococcique, il en a obtenu des effets momentanés. J'ai employé au même titre le sérum antitétanique aux doses de 20 à 40 c^c par semaine, sans aucun résultat.

Les injections de liquides organiques : suc testiculaire, thyroïdien, cérébrine ne nous ont jamais rien donné.

On a aussi recommandé le sérum artificiel en injections massives ou réfractées, mais sans résultats bien probants. Dans un cas j'ai fait quatre fois de suite, à quinze jours d'intervalle, l'hématocatharsise, mais sans aucun effet.

Je passe sous silence toutes les médications empiriques qui n'ont d'autre avantage que d'abuser de la crédulité des malheureux patients.

En résumé, voici donc l'ordre thérapeutique que l'on doit suivre dans le traitement du mal comitial.

1° Employer le bromure de potassium à doses continues et progressives.

2° En cas d'échec essayer des bromures associés entre eux ou à d'autres médicaments : opium, digitale.

3° Si l'on échoue encore, essayer de la belladone, les sels de zinc, et au pis aller les autres substances.

***

Il nous reste maintenant à régler la vie de l'épileptique et à envisager certaines questions qui se posent en pratique à leur sujet : professions, mariage, internement.

L'accord est à peu près fait à ce sujet, aussi serait-je bref.

L'épileptique doit vivre en plein air, son existence doit être aussi calme que possible. Il devra fuir tout excès. L'alimentation devra être sobre, elle consistera surtout en légumes et végétaux de beaucoup préférables aux substances azotées. On devra rigoureusement proscrire tous excès alcooliques ; ceux-ci, en effet, réveillent les paroxysmes. Les malades devront fuir l'atmosphère des cafés comme aussi celle des théâtres et des concerts : c'est en effet dans ces lieux de réunion que les accès sont de beaucoup les plus fréquents.

Tout surmenage, soit physique, soit intellectuel devra être rigoureusement interdit.

En un mot la vie de l'épileptique doit être aussi calme que possible.

Les effets de l'hydrothérapie dans le mal comitial sont extrêmement variables. Certains en éprouvent avantage, d'autres, au contraire, n'en obtiennent que de mauvais résultats ; un tel se trouve bien des bains froids, un autre des bains chauds. D'une façon générale pas de bains de mer, surtout sans surveillance. La douche froide au jet brisé sur tout le corps, sauf la tête, donne parfois de très bons résultats. Les bains tièdes sont ordinairement bien tolérés : les bains très chauds sont à rejeter. En un mot n'avoir recours à l'hydrothérapie qu'avec prudence et en tenant compte des susceptibilités individuelles.

On est souvent consulté au sujet de la profession que peuvent embrasser les épileptiques. Il faut rigoureusement interdire les professions où les malades peuvent être exposés à des accidents : marin, charpentier, menuisier, peintre, mécanicien, etc... N'oublions pas en effet que l'accès saisit brusquement le patient alors que rien ne l'en avertit, la chute brusque en est la conséquence. J'ai souvenance d'un jeune sujet amené à la consultation du professeur Pitres, par sa mère, qui nous demandait si elle pouvait faire de son fils un marin. Malgré notre avis, elle l'embarqua comme pilotin. Six mois après, brusquement frappé par une attaque, dans la mâture, il tomba sur le pont et se tua net.

La profession la moins exposée est celle que doit choisir l'épileptique : à ce titre on peut recommander la bureaucratie ou des fonctions sédentaires analogues.

Souvent aussi l'on est consulté au sujet du mariage des épileptiques. Ici l'embarras est fort grand. D'une part, en effet, nous savons que l'épilepsie n'est pas fatalement transmissible des parents aux enfants : il semble même que l'hérédité directe soit beaucoup plus rare qu'on ne le pensait jadis. D'autre part cependant l'épileptique est parfois un incurable et qui transmet à sa descendance des états névropathiques très divers. Nous savons enfin que les rapports sexuels sont ordinairement néfastes aux épileptiques dont ils réveillent les accès.

L'hésitation est donc permise et c'est affaire d'appréciation personnelle variant avec l'individu en cause et les parties contractantes. Il ne faut pas être absolu et ne pas défendre systématiquement le mariage aux épileptiques.

Enfin on a discuté et l'on discute encore sur la nécessité de l'internement des malades atteints du mal comitial. Ici encore pas d'absolutisme ; pas de séquestration. L'internement ne saurait être imposé que dans des cas parfaitement déterminés (états psychiques, impulsions, etc....). Et encore dans l'immense majorité des cas faudrait-il un internement autre que celui qui se trouve actuellement à notre disposition. Les conditions qu'il devra remplir ont été exposés tout au long par M. Vigouroux, dans un article de la *Presse médicale*. J'y renvoie le lecteur.

Nous ne sommes donc point impuissants contre le morbus sacer. A nous de soigneusement appliquer les méthodes thérapeutiques que je viens d'exposer. En le faisant nous serons sûr d'éviter un échec dont nous serions la seule cause.

Analyses de Mémoires français & étrangers

Résumé du Rapport de la Commission internationale de Porto, sur la prophylaxie et le traitement de la peste bubonique.

La commission nommée par arrêté du Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, avec le concours des médecins étrangers, présents à Oporto, a entrepris des expériences en vue de déterminer la valeur préventive et thérapeutique du sérum antipesteux, de l'Institut Pasteur, de Paris, et la valeur préventive des divers liquides de cultures vaccinales, préparés d'après la méthode de Ferran-Haffkine.

Les expériences effectuées par la Commission ont d'abord porté sur le sérum antipesteux, afin de déterminer son action préventive sur des souris et sur des singes. Les souris, inoculées préventivement avec 0cc.02 de sérum et les singes avec 2cc., résistent définitivement si on leur inocule, 24 ou 48 heures après le sérum, une dose de virus pesteux, mortelle en 36 heures pour les souris, et en moins de 5 jours pour les singes.

En ce qui concerne les expériences de thérapeutique, la Commission a constaté que les souris inoculées avec une dose de culture mortelle en 36 heures et traitées jusqu'à 14 heures après l'infection par 0cc 25 de sérum injecté sous la peau, résistent définitivement.

En se basant sur les expériences de laboratoire et sur les applications cliniques faites à l'hôpital de Bonfim, la Commission conclut à l'efficacité préventive du sérum, à son action thérapeutique lorsqu'il est employé convenablement et à la nécessité de l'employer dans le traitement de la peste. Dans les cas graves, se manifestant par de la pneumonie pesteuse, par les charbons pesteux, ou par une tuméfaction ganglionnaire intense, il est nécessaire d'introduire le sérum dans les veines à la dose de 20cc.

Dans les cas légers on se contentera d'injecter sous la peau 20cc. en une fois et de renouveler les injections, 5cc. de sérum chaque jour, jusqu'à la chute complète de la température.

En ce qui concerne la prophylaxie de la peste, la Commission a constaté expérimentalement l'efficacité absolue du sérum antipesteux, 5cc. de sérum confèrent une immunité solide.

La vaccination par les cultures du microbe de la peste, chauffé à 70° (méthode Ferran-Haffkine) donne une immunité plus durable que le sérum, mais cette immunité ne s'établit qu'au bout de 8 à 12 jours. De là le danger de la méthode. Les individus en incubation de peste, vaccinés par ce procédé, ne seraient pas préservés, et quelques-uns, ainsi que cela a été constaté sur des animaux, succomberaient à l'infection pesteuse. L'inconvénient signalé peut être évité par l'injection simultanée du sérum antipesteux et de culture chauffée. Le sérum confère immédiatement une immunité passive, qui met à l'abri de l'infection, jusqu'à ce que l'immunité active qui suit l'injection des cultures chauffées, s'établisse à son tour et préserve sérieusement l'individu.

Dans l'application à l'homme, il conviendrait d'injecter le sérum d'abord, et, 48 heures après, la culture vaccinale chauffée.

La Commission recommande aux médecins de vacciner les adultes, soit par l'injection sous-cutanée de 5cc. de sérum antipesteux, soit par l'injection de 5cc. de sérum, suivie, 2 ou 3 jours après, de l'injection de 2cc. de culture vaccinale, ou à défaut de sérum, d'une petite quantité de culture vaccinale seule, suivie, 10 à 12 jours après, d'une injection de la dose normale de la même culture.

La vaccination des enfants peut se faire avec la moitié des doses ci-dessus.

Les mesures de vaccination doivent nécessairement être accompagnées de la désinfection sérieuse des foyers contaminés, et de l'isolement des malades.

***

La Commission internationale nommée à l'effet d'étudier l'épidémie de peste, qui sévit actuellement à Porto, se composait de MM. les docteurs :

Ricordo Jorge, directeur des services d'hygiène de la ville de Porto.

CAMARA PESTANA, directeur de l'Institut royal bactériologique de Porto.

CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

SALIMBENI, préparateur à l'Institut Pasteur de Paris.

JAIME FERRAN, directeur de l'Institut bactériologique de Barcelone.

VINAS CUSI, de Barcelone.

ROSANDO DE GRAN, de Barcelone.

P. AASER, de Christiania.

MAGNUS GEIRSWOLD, de Christiania.

VLADIMIR HOEPPENER, de la marine impériale russe.

NICOLAS DE LA FRAMBOISIÈRE

ET LA

MÉDECINE IL Y A TROIS SIÈCLES *(Fin)*

par le docteur **Potel**, chef de clinique à la Faculté de médecine

---

MALADIES DE LA FEMME. — *Des flux excessifs de l'amarry.* — Les femmes sont sujettes à trois sortes de flux : L'un leur arrive tous les mois, d'où vient qu'il est dit menstrual, autres appellent leurs fleurs, d'autant qu'elles précedent la conception, comme les fleurs des plantes font leur fruict.

L'autre survient en leur accouchement, et est dit lochie.

Le troisiesme est desordonné, lequel faute de nom propre est appelé vulgairement « fleurs blanches ».

Le flux, speciallement appelé féminin, est différent du menstrual d'autant que ce n'est pas le sang pur, mais quelque humeur corrompue qui sort, laquelle est tantôt claire et blanchastre comme du petit laict, tantôt jaune ou palle, tantôt verdoyante, le plus souvent si cuisante et bruslante qu'elle escorche presque toutes les parties qu'elle touche. Au surplus, elle sent quelquefois mauvais.

Les fleurs retenues contre nature ont accoustumé d'induire suffocation de matrice, goutte, hydropisie, difficulté d'haleine, phtisie, syncope, palpitation de cœur, vertige, épilepsie, mélancholie, paralysie ou autre pernicieuse maladie, pour ce qu'elles n'engendrent pas seulement abondance, mais aussi corruption d'humeurs. Se voulant efforcer par art de faire venir les mois aux femmes, on doit considérer si elles sont jeunes ou vieilles afin d'ordonner les drogues aromatiques, à celles là au decours de la lune, et à celles cy quand la lune est pleine.

La *suffocation de matrice* (1) est une privation de respirer librement procédant de l'utérus enflé d'une matière pourrie et d'une vapeur maligne élevée de là en haut. Ce mal retourne par intervalles, tout ainsi que l'épilepsie, à sçavoir quand la matrice est remplie de semence ou de sang menstrual ou d'autre nature qui vient à se pourrir et se résoudre en vapeurs.

(1) Il s'agit de l'hystérie.

Ce mal advient surtout aux pucelles et jeunes veuves qui sont fort amoureuses, et aux femmes stériles.

La suffocation de matrice qui tire son origine du sperme retenu est bien plus dangereuse et plus fascheuse que celle qui provient des menstrues supprimées, attendu qu'elle tourmente davantage le corps, en causant de plus grands accidens.

Si la femme tourmentée d'estranglement de matrice vient à ésternuer c'est bon signe. Il faut, durant l'accez retirer en bas la matrice qui est emportée en haut par un mouvement forcé et comme convulsif, secouer la matière pourrie qui y est enclose et l'attirer et allécher par son col en mettant des choses puantes au nez, et des bonnes senteurs aux parties génitales, et en usant de pessaires attractifs, de sternutatoires et autres semblables remedes.

II. — LES LOIX DE CHIRURGIE

J'ay reduit en trois livres toutes les sortes de maladies externes, le premier des tumeurs contre nature, le second des playes et ulceres, le dernier des fractures et luxations.

1° *Des tumeurs contre nature.* — Tumeur contre nature est une solution de continuité, provenant de quelque humeur cantonnée en certain endroit du corps, qui disjoint les parties unies, altère leur température et les rend difformes.

Elle se fait de deux manières par fluxion ou congestion. La fluxion se fait subitement. La congestion se fait à la longue quand il s'amasse petit à petit quelque humeur excrementeuse, en quelque partie du corps, à cause de l'imbecillité de la faculté concoctrice et expultrice. De quatre sortes d'humeurs, de sang, bile, pituite et melancholie sont produites quatre tumeurs principales, Phlegmon, Erysipele, Œdeme et Skirre.

Phlegmon est une tumeur engendrée de sang louable en qualité, qui saillant à coup hors des veines en plus grande quantité qu'il n'est besoin pour la nourriture, induit chaleur, rougeur, tension et grande douleur.

Erysipele est une inflammation fort ardente qui occupe principalement le cuir, provenant de sang bilieux et bouillant qui pour sa subtilité, ne s'esleve en tumeur apparante, mais s'espanche en long et en large.

Œdeme est une tumeur froide, laxe, molle, sans douleur. On comprend sous l'œdeme la tumeur aqueuse et la venteuse et toute autre produite de phlegme non naturel.

Skirre est une tumeur dure et renitente procedant de la melancholie ou de quelque autre humeur grosse et espesse qui lui ressemble. Sous le skirre est contenu le chancre tumeur dure et inégale, faite de mélancholie adulte.

Pour guarir les tumeurs contre nature, il faut oster devant toutes choses, la cause motive de fluxion, à sçavoir la repletion de tout le corps, par saignée et diète estroite, la cacochymie par purgation, la lascheté de la partie reçevante par

topics astringens et corroborans, la chaleur par réfrigératifs, la douleur par anodyns. Puis faut divertir le cours de l'humeur par voyes revulsives et derivatives, et tirer dehors la matière par resolutifs, attractifs, remollitifs ou par suppuratifs, en faisant ouverture de la tumeur avec ferremens ou cautères actuels, ou potentiels.

Des playes et ulceres. — *Playe* est une solution de continuité récente, sanglante et sans pourriture, faite en partie molle par cause externe.

La playe est superficielle ou profonde. La playe superficielle, d'elle même est cogneue par les sens. Mais il est besoin en celle qui penetre au creux, de signes démonstratifs pour cognoistre et decouvrir quelle partie est navrée au dedans.

Si le cerveau ou les meninges sont navrées, le sang sort par le nez, à d'aucuns aussi par les oreilles. Quand la playe donne dedans le creux de la poitrine en halenant, le vent se jette hors par la playe, ou versant de la poudre d'aloës, de myrrhe ou d'aristoloche, l'amertume monte aussi tost jusqu'à la bouche.

Ulcere est une solution d'unité invétérée faite en partie molle par erosion. Pour sçavoir s'il y a ulcere dans le corps il faut considérer les excremens qui en sortent, comme pus, sanie, sang, morceaux de tunique, de veine, artere, cartilage, caruncules, escaille, excrescence qui s'engendre sur l'ulcere.

Suture des playes. — Il y a plusieurs sortes de cousture différentes, selon le naturel du patient, la qualité de la playe, etc. Il y a la cousture sèche, la cousture entre couppée, serrée, empennée et continue. Pour faire la cousture sèche il faut premièrement prendre deux morceaux d'un fort linge de figure triangulaire qui seront enduits d'un médicament gluant fait de sarcocolle, mastic, encens, sang de dragon, folle farine et aubin d'œufs, puis les appliquer un de chaque costé de la playe, et quand ils seront attachez fermement à la peau, sans toucher aucunement au corps, il faut coudre et serrer les bords des drapelets colez sur la peau, afin que les lèvres de la playe se joignent. Cette sorte de suture est gentille.

Fractures et luxations. — *Fracture* est une solution de continuité faite en l'os par quelque cause externe qui froisse, brise et escache.

Luxation est une cheute de l'article hors de son propre lieu en un estrange, qui empêche le mouvement volontaire.

La fracture est dangereuse quand l'os rompu est grand, ou qu'il est brisé en plusieurs pièces.

Les os fort luxez et esloignez de leur cavité sont plus mal aisez à réduire que ceux qui ne le sont gueres.

Pour guerir les fractures, il faut réduire les pièces de l'os rompu en leur lien, secondement les y maintenir et les faire reprendre et coller ensemble.

Pour remettre la jointure demise, après avoir fait extension des membres avec les mains, ou liens, ou engins propres, il faut repousser doucement l'os desboëtté dedans la boëtte par la mesme voye qu'il est sorty, et estant remis, il le faut contenir avec restraintif, compresses et ecclisses, bandades et ligatures.

— Nicolas de la Framboisière aborde ensuite ce qu'on appelle aujourd'hui la matière médicale. Il donne ses ordonnances sur la fabrication des simples, conserves, sirops, lochs, électuaires, tablettes, pilules, trochiscs, errhines, baumes, onguents, emplâtres, etc., et la façon de s'en servir.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses conseils. Toutes les formules sont d'une complexité extraordinaire. Voici à titre de curiosité la composition de l'emplâtre de Vigo.

Vini odoriferi,
Lithargyri auri,
Adipis suilli,
Vitulini, ana 1,
Hydragyri,
Ranas viventes,
Lumbricorum vinolotorum,
Adipis viperæ,
Terebenthinæ claræ,
Succorum rad ebuli,
Enulœ campanœ,
Oleorum chamœmelini,
Anethini,
Liliacei,
De spica ana,
Laurini,
Styracis calamitœ, ana 3,
Thuris,
Euphorbi 3,
Schœnanthi,
Schœchados Arabicœ,
Matricariœ ana M. 1.
Ceræ citri æ potius quam albæ.

Ad formandum emplastrum !

Et celà n'est rien en comparaison de l'onguent Martiaton surnommé le Grand, qui comprend soixante-deux produits ! Quant aux indications, elles seraient à citer toutes. Quelques-unes suffiront pour donner une idée des autres.

Des pessaires. — Les pessaires sont médicamens qu'on fourre dans la nature des femmes, destinez la plupart à la provocation ou à la rétention des menstrües, d'autant que les uns sont singulièrement propres pour atténuer, les autres pour incrasser le sang qui est aux veines de la matrice.

Des suppositoires. — Quand les excréments sont tellement endurcis dans le boyau culier, que les clystères n'y peuvent entrer pour les faire sortir, ou bien qu'il y a déjà un clyster ou deux dans le ventre, qu'on ne peut rendre, à raison que la faculté expultrice des intestins est assoupie, on a recours alors aux suppositoires.....

L'ouvrage se termine par des examens théoriques par demandes et par réponses, où le *Decanus*, interroge le *Candidatus* sur toutes les branches de l'Art. La lecture de ce catéchisme baroque fait involontairement songer à Molière et à son Malade imaginaire. Nous voudrions donner un aperçu de cet interrogatoire, mais que l'on songe qu'il se trouve dans cet ouvrage cent pages in-quarto de questions comme celle ci :

Medicina tractat de salubribus et de insalubribus, sed salubria et insalubria sunt heterogenea. Ergo Medecinæ precepta sunt heterer ogenea ?

Mais cette étude est déjà trop longue. Nous n'avons cité si longuement notre auteur que pour montrer ce qu'était la médecine il y a trois siècles.

Souhaitons que dans trois cents ans, ceux de nos classiques qui auront échappé à l'oubli, paraissent moins ridicules !

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Concours de bourses

L'ouverture pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège de la Faculté de médecine, le 27 octobre. Les registres d'inscription seront clos le 20 octobre.

Ecole du service de santé militaire.

Sur la liste des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, nous relevons les noms de plusieurs élèves de la Faculté de Lille :

MM. Dupont, avec le n° 5 ; **Reverchon, n° 18** ; **Vermullen**, n° 28 ; Pirsche, **n° 61**.

Nous sommes heureux, en annonçant leur succès, d'adresser à ces jeunes étudiants nos sincères félicitations.

Corps de santé militaire.

Sont promus au grade de médecin aide major de 1re classe :

MM. Bourcier, du 21e régiment de dragons ;
Duffau, du 4e régiment de cuirassiers ;
Pélissié, du 1er régiment d'infanterie.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Dijon. — M. le docteur **Zipfel**, est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'école de médecine de Dijon.

Rennes. — MM. les docteurs **Delacour**, professeur de clinique interne, et Aubrée, professeur de clinique externe, sont admis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

M. le docteur Perrin de la Touche, professeur d'histologie, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Delacour, nommé directeur honoraire.

Des concours s'ouvriront le 30 janvier 1900, devant la Faculté de médecine de Paris, pour les emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales et de pathologie chirurgicale et clinique obstétricale, à l'École de médecine de Rennes.

Distinctions honorifiques

Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Officier*, M. le docteur Castaing, médecin militaire.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Péchaud, médecin du Sénat. Amat (de Paris), médecin major de première classe en retraite. Barthélemy (de Nantes). Renard (de Pithiviers). Tirant, résident de France au Tonkin.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

39e semaine, du 24 au 30 septembre 1899

Age des personnes décédées à Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	14	14
3 mois à un an	7	7
1 an à 2 ans	»	2
2 à 5 ans	1	2
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	6	6
40 à 60 ans	7	13
60 à 80 ans	8	2
80 ans et au-dessus	»	3
Total	45	51

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	1	4	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	3	»	»	»	»	»	3	10	5
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	5	»	»	2	»	1	»	1	»	4	14	21
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	10	»	»	3	»	»	»	»	»	3	18	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	3	»	»	»	»	»	»	1	»	8	17	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	7	11	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	3	»	»	»	»	»	»	6	4
Total	»	»	»	»	»	2	»	1	4	5	28	»	»	16	1	1	»	2	»	36	96	114

N° 144. Troisième Année, N° 42. Le Numéro : **10** centimes. 15 Octobre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La fréquence de la syphilis

d'après les travaux de la conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes *(Bruxelles, Septembre 1899).*

par le Professeur **Charmeil.**

Le 4 septembre 1899 s'est réunie, à Bruxelles, une conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes.

Les membres de cette conférence se composaient de délégués de presque tous les gouvernements (1) et de membres participants, appartenant pour la plupart au monde médical. Des administrateurs, des jurisconsultes s'étaient joints en certain nombre aux Médecins.

La préoccupation qui avait guidé l'initiateur de la conférence, le Dr DUBOIS-HAVENITH, et les membres du comité d'organisation qui s'étaient groupés autour de lui se révèle dans le programme même de la conférence, qui a trouvé posées devant elle les six questions suivantes :

I. — Les systèmes de réglementation actuellement en vigueur ont-ils eu une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes ?

II. — L'organisation actuelle de la surveillance médicale de la prostitution est-elle susceptible d'amélioration ?

III. — Si on se place à un point de vue exclusivement médical, y a-t-il avantage à maintenir les maisons de tolérance ou vaut-il mieux les supprimer ?

IV. — L'organisation de la surveillance policière de la prostitution est-elle susceptible d'amélioration ?

V. — Par quelles mesures légales pourrait-on arriver à diminuer le nombre des femmes qui cherchent dans la prostitution leurs moyens d'existence ?

VI. — Abstraction faite de tout ce qui touche à la prostitution, quelles mesures générales y aurait-il lieu de prendre pour lutter efficacement contre la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes ?

On le voit, il s'agissait surtout, pour la Conférence, d'étudier les multiples questions que soulève « la prostitution » en tant que cause déterminante de la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes. De l'échange des observations recueillies dans le monde entier, de la comparaison entre les mesures administratives et sanitaires mises en œuvre dans les différents pays, devait évidemment résulter

(1) La délégation française se composait de MM. FOURNIER, président, BROUARDEL, CHANTEMESSE, HALLOPEAU, CHARMEIL, CARLIER, AUFFRET, BARTHÉLEMY, BROUSSE, DAVESNE, SEBILEAU, HONNORAT, BALZER, DU CASTEL, DANLOS, BOURGES, CHAUVEL et ALVERNHE.

une connaissance complète de la question permettant d'arriver peut-être à une prophylaxie efficace.

L'étude préliminaire de ces six questions avait été confiée à plusieurs rapporteurs pour chacune d'elles.

En outre, une vaste enquête basée sur un questionnaire uniforme avait été instituée, en ce qui concerne la fréquence de la syphilis et des maladies vénériennes, dans les différents pays. Cette enquête a été faite par des médecins spécialement désignés par leurs travaux antérieurs.

Enfin, pour justifier en quelque sorte tout ce travail par l'importance du but à atteindre, il avait été demandé à deux maîtres de la science, les professeurs Alf. Fournier et Neisser, une étude sur le danger social de la syphilis et sur le danger social de la blennorrhagie.

L'ensemble des documents ainsi rassemblés est considérable, puisqu'il ne comporte pas moins de deux gros volumes d'un millier de pages chacun ; ils ont été distribués aux membres de la conférence avant l'ouverture de celle-ci et ont servi de base, en quelque sorte, aux discussions.

Nous voudrions extraire, des documents publiés et des discussions soulevées, les données qui nous paraîtront devoir intéresser le plus les lecteurs de l'*Écho médical*, sans nous astreindre à suivre pas à pas le programme de la conférence. Aujourd'hui, nous nous bornerons à nous occuper de la fréquence de la syphilis dans les différents pays, dans les diverses catégories sociales, en laissant de côté la syphilis des prostituées, question qui mérite à elle seule une étude particulière.

Indiscutablement, la syphilis est une maladie très répandue, mais dans quelles proportions, et des données numériques précises peuvent-elles être fournies à ce sujet ? En d'autres termes, que peuvent valoir les statistiques que nous aurons à citer tout à l'heure ?

A cette question, qui se pose au seuil même de cette étude, nous sommes bien obligé de répondre par les réserves les plus expresses sur la valeur des chiffres qui auront la prétention de vouloir donner une idée de la dissémination de la syphilis.

Cela ne saurait étonner personne, et pour une foule de raisons dont nous croyons devoir passer en revue les principales.

Pour avoir des données numériques précises sur la fréquence d'une maladie, il est nécessaire que le médecin, à défaut d'une observation directe de tous les cas, puisse faire fond sur les renseignements qui lui seront fournis par les personnes qu'il interrogera. Or, dans l'espèce, ces renseignements sont viciés par une double cause : 1° de très bonne foi, nombre de gens qui ont eu la vérole l'ignorent et répondent par une négation à l'enquête médicale ; 2° en vertu des préjugés qui veut que les affections vénériennes soient réputées « Maladies honteuses », nombre de syphilitiques, interrogés sur leurs antécédents spécifiques, répugnent à un aveu. Ces deux points méritent que nous nous y arrêtions un instant.

Il peut paraître, au premier abord, extraordinaire que l'on puisse avoir eu la syphilis et l'ignorer complètement. Ces cas sont pourtant d'observation absolument journalière : à chaque instant, en quelque sorte, dans les consultations spéciales, l'on voit se présenter des malades affectés de manifestations syphilitiques typiques appartenant aux stades reculés de la maladie et chez lesquels les anamnestiques sont absolument muets sur les premières manifestations spécifiques. Citons, à ce sujet, un travail récent d'un interne des hôpitaux de Lyon (1). L'auteur a recueilli, à l'hospice de l'Antiquaille, cent observations de femmes, présentant des lésions tertiaires absolument typiques, ayant toutes subi le contrôle du traitement spécifique. Eh bien, chez ces cent femmes, trente-deux seulement offraient des antécédents spécifiques nets (chancre et accidents secondaires). Chez seize autres, il n'a été relevé aucun symptôme syphilitique antérieur, mais des fausses couches, des enfants morts sans cause dans la première enfance, qui, pour un observateur sagace, permettaient, en dehors des accidents tertiaires constatés, de soupçonner fortement la syphilis. Quarante-quatre des malades avaient un passé en apparence absolument vierge de tout antécédent spécifique : rien dans leur interrogatoire qui rappelle de près ou de loin la syphilis. Enfin, dans neuf cas, on notait, à une certaine période de l'existence de la malade, de la céphalée ou un peu de chute des cheveux, ou encore une fausse couche isolée, mais en somme rien de caractéristique.

En résumé, chez ces cent femmes interrogées un mois, par exemple, avant l'apparition de l'accident tertiaire, témoin irrécusable de la syphilis, on aurait conclu au moins 52 fois à la non existence de celle-ci.

(1) Viannay. *Annales de dermatologie et syphilig.*, 1898.

les antécédents certains ne se rencontrent que dans un tiers des cas à peine.

Ces antécédents, ce sont généralement des symptômes secondaires. Sur les 100 observations de Viannay, l'accident primitif n'est noté que deux fois! 98 fois, il a passé inaperçu ou son souvenir s'est effacé de la mémoire des malades.

Les chiffres de Viannay, si imprévus qu'ils soient a priori, ont leur pendant dans d'autres travaux : dans une série de 36 cas de gommes du voile du palais, les antécédents faisaient défaut dans une proportion de 56 pour 100 (Fournier). — 148 cas de syphilis tertiaire chez la femme, observés à l'hôpital Saint-Louis, ne révèlent des antécédents que 48 fois sur 100 (Thèse de Jumon).

Que conclure de pareils chiffres, sinon à l'impossibilité de faire une statistique de la syphilis, au moins chez la femme?

Et remarquons encore que ces observations ont été recueillies dans une grande ville, à Lyon ou à Paris, là où la connaissance de la syphilis a pu pénétrer même dans le milieu féminin. Que serait-ce dans un autre milieu moins bien informé!!

Il est juste de faire remarquer que dans les statistiques que nous venons de citer, il n'est pas fait mention de la profession des malades : il n'est pas douteux que les prostituées, par exemple, ont une connaissance théorique de la syphilis qui la rend plus malaisément insoupçonnée chez elles que chez les « femmes honnêtes ». C'est évidemment là le motif qui fait que dans d'autres statistiques, où l'on peut supposer que l'élément « prostitution » est plus largement représenté, on ne constate pas une méconnaissance aussi fréquente de la syphilis. Ainsi le professeur Fournier, dans son traité récent (1899), sur 395 accidents tertiaires rencontrés chez la femme, ne note que 18 pour 100 de syphilis ignorées.

Il est tout naturel que l'homme soit infiniment mieux renseigné sur ses antécédents spécifiques que la femme : la conformation de ses organes génitaux rend plus malaisément inaperçu un accident primitif. D'autre part, il sait d'avance, dans la plupart des cas, en quoi consistent « en gros » les affections vénériennes, et quand il s'expose à une contamination, il sait ce qu'il pourra lui en cuire. Il n'en est pas de même chez la femme. Par conséquent nous ne nous étonnerons pas si les syphilis ignorées masculines sont sinon rares, du moins beaucoup moins fréquentes que les féminines.

Nous devons même ajouter qu'il est toute une catégorie d'individus tout prêts à confesser une syphilis qu'ils n'ont jamais eue : ce sont ceux pour lesquels maladie vénérienne, blennorrhagie et vérole ne font qu'un. Lorsqu'on les interroge, certains, avec une petite pointe de fierté, vous répondront : La vérole, mais je l'ai eue six fois! Et ils auront jusqu'alors échappé à la contagion syphilitique comme le pourra démontrer l'apparition ultérieure d'un accident primitif.

Voici les chiffres que nous empruntons encore au Pr Fournier : sur 3.862 cas de syphilis tertiaire observés chez l'homme, il ne note que 120 « syphilis ignorées », soit une proportion de 3,10 pour 100 des cas. Il serait intéressant dans l'espèce de savoir la part de la clientèle de ville et de la clientèle hospitalière dans cette statistique : la classe aisée, fréquentant le cabinet du médecin, étant susceptible de beaucoup moins méconnaître la syphilis que la classe ouvrière.

Pour notre part notre impression, à défaut de chiffres, serait que les syphilis ignorées sont très notablement plus nombreuses chez l'homme que ne l'indique la statistique que nous venons de citer, nous parlons de la classe ouvrière lilloise. Tel est le bilan de cette première cause d'erreur dans le dénombrement des syphilitiques, à savoir « les syphilis ignorées. »

La seconde cause, la dissimulation de la syphilis, figure dans des proportions qu'il est absolument impossible et, par définition même, de chiffrer. En effet, maintes personnes se refusent à avouer la syphilis qu'elles considèrent comme un déshonneur, et dans des conditions parfois véritablement stupéfiantes, tel ce notaire qui, deux ans après une syphilis soignée par Fournier, est frappé d'hémiplégie spécifique : son médecin habituel soupçonne la syphilis, essaie de lui arracher un aveu. Peine perdue! Il a beau lui déclarer que « la syphilis serait un bonheur pour lui en pareille circonstance, qu'on pourrait facilement le guérir si son mal avait une origine de ce genre. » Ses dénégations persistent, et le médecin a le tort de ne pas instituer quand même le traitement spécifique : résultat, le malade va, huit mois plus tard, voir Fournier avec une hémiplégie confirmée, en état de contracture, désormais incurable!

Et le motif de ses dénégations, c'est que le malheureux ne voulait pas que « sa femme pût savoir qu'il avait eu la vérole ! »

Si l'on se bute à de pareilles dénégations, quand la vie du patient est en jeu, combien plus souvent, à fortiori, se heurtera-t-on à des dissimulations quand le médecin interrogera telle ou telle personne, non plus pour instituer un traitement approprié, mais pour dresser un pourcentage des syphilitiques dans son entourage !

Cette objection à la sincérité des statistiques se dresse surtout dans la pratique de ville, là où l'ancien syphilitique se défie, malgré lui, de la discrétion de son médecin, qui est le plus souvent le médecin de la famille. Mais il n'est pas rare, et le fait nous est arrivé maintes fois, de rencontrer pareille dissimulation à l'hôpital : ce n'est qu'après plusieurs interrogatoires, le malade étant interrogé en tête à tête, qu'on finit par lui arracher un aveu.

Nous avons tenu à signaler, dès l'abord, ces causes d'erreur dans l'appréciation de la fréquence de la syphilis, car il est vraisemblable qu'elles subsisteront toujours, quelles que soient les bases adoptées pour l'établissement d'une statistique sérieuse.

Comment aujourd'hui sont recueillies les données numériques concernant la syphilis ?

Dans quelques pays, la syphilis, considérée comme maladie infectieuse, dont la connaissance intéresse l'hygiène publique, est soumise à la déclaration obligatoire, au même titre qu'en France la diphtérie, les fièvres éruptives, etc., etc. Assurément si les médecins s'astreignaient à obéir strictement aux prescriptions légales, on aurait là une source infiniment précieuse de renseignements. Mais en fait, dans les travaux de la Conférence, il est fait expressément mention du degré relatif de confiance qu'il est prudent d'accorder à cette source d'informations.

Indépendamment de la déclaration obligatoire, des renseignements sérieux sur l'extension de la syphilis sont demandés aux statistiques hospitalières des services spéciaux, qui concernent aussi bien les admissions à l'hôpital que le mouvement des consultations externes.

Cette source de renseignements ne peut donner que des indications relatives et non pas absolues : en effet, on peut admettre que le rapport qui existe entre le nombre des syphilitiques total d'une agglomération et celui des syphilitiques qui viennent demander l'hospitalisation ou des consultations est à peu près constant, à condition, bien entendu, que ces moyens d'assistance restent les mêmes dans la période considérée : les oscillations de la morbidité totale seront parallèles à celles de la morbidité constatée à l'hôpital. Mais quel est ce rapport ? Il n'est connu et ne peut être connu nulle part et dépend évidemment des habitudes de la population considérée, qui aura plus ou moins volontiers recours à l'assistance qui lui est offerte.

Ici nous touchons à un point de première importance : toute statistique concernant la syphilis n'a de valeur que pour le milieu où elle a été recueillie. Il n'est peut-être pas en effet de maladie aussi inégalement répartie. Ce n'est que par la considération des chiffres donnés pour chaque agglomération que l'on aura une idée du degré de fréquence de l'affection. Il faut donc résolument abandonner le système des moyennes : donnons immédiatement deux exemples typiques. En Serbie, où, grâce à la déclaration, on possède une statistique générale de la syphilis par rapport à la population totale, nous voyons, dans l'enquête du Dr Militchevitch, que le district de Soko-Banju compte 118 syphilitiques pour 1.000 habitants, tandis que dans la ville de Belgrade il n'en existerait que 2,9 pour 1.000 ; et que dans d'autres districts la morbidité varierait entre un pour 1.000 et même quatre pour 10.000 ! Que signifierait pour toute la Serbie une moyenne qui ne correspondrait à rien de réel ?

Dans l'armée française, à côté de la morbidité syphilitique modérée (3,7 syphilitiques pour 1.000 en 1895) du 11e corps d'armée, nous voyons les corps d'élite, gardes républicains et sapeurs-pompiers de Paris, avoir une morbidité de 16 pour 1.000, soit de plus de quatre fois supérieure ! Là encore le chiffre de morbidité syphilitique moyenne de 7,8 pour 1.000 adopté comme l'expression de la réalité pour l'armée française, devrait faire place à la formule : dans l'armée, la morbidité varie de 16 pour 1.000 (corps d'élite à Paris), à 3,7 pour 1.000 (corps d'armée de Nantes), et même devient nulle, dans certaines garnisons (Tulle, Guéret, Saint-Nazaire, etc., etc.).

Indépendamment des sources de renseignements constituées soit par la déclaration obligatoire ou la considération des services spéciaux (entrants et consultants), certains auteurs ont pu établir leurs chiffres en allant interroger sur leurs antécédents un grou

pement déterminé d'individus. C'est ainsi que le Pr Fournier et le Dr Lenoir sont allés porter leurs investigations dans les services hospitaliers non particulièrement affectés au traitement des affections vénériennes, et se sont astreints à interroger tous les malades hospitalisés. Si la population hospitalière des services généraux peut être considérée comme un échantillon de la population ouvrière en masse, on aurait évidemment, par une simple proportion, le nombre approximatif des syphilitiques parisiens.

Cette méthode, elle aussi, est passible d'une grave objection : les malades qui fréquentent les hôpitaux appartiennent pour la majeure partie au monde des gens sans famille et célibataires, qui, de ce chef, portés à satisfaire leurs besoins génésiques au dehors, sont assurément plus exposés à contracter la syphilis.

A Paris, le préjugé contre l'hôpital, bien que moins répandu que dans d'autres milieux, n'en subsiste pas moins, et les gens mariés, établis, ayant devant eux quelques ressources, préfèrent généralement se faire soigner à domicile. On conçoit que, de ce chef, les résultats obtenus dans pareille enquête ne peuvent avoir qu'une valeur encore relative.

On le voit, jusqu'à présent, nous nous trouvons en face de méthodes statistiques qui, toutes, laissent à désirer, soit dans leur application, comme la déclaration obligatoire, soit dans leur essence même.

Serons-nous plus heureux en nous adressant à un groupement particulièrement homogène qui semble, plus que tout autre, apte à fournir les résultats les plus exacts, nous voulons parler de l'armée considérée dans les différents pays. De fait, les statistiques militaires prédominent dans les enquêtes, si l'on fait abstraction des statistiques concernant les prostituées.

Ces statistiques sont-elles aussi susceptibles de provoquer plus d'une objection : contentons-nous de formuler celle-ci sur laquelle Wollf et Augagneur ont appelé l'attention : vous voulez, disent-ils, conclure de la fréquence des accidents syphilitiques contractés au service à la fréquence dans la population civile de la syphilis, de l'agglomération considérée. Mais l'absence de contamination chez les militaires peut provenir d'une double cause : ou bien le milieu n'est pas infectant et ils restent indemnes parce qu'ils n'ont pas, en quelque sorte, la syphilis à leur portée. Ou bien ils ne s'infectent plus parce qu'ils ont déjà été infectés. Autrement dit, un contingent provenant de contrées profondément syphilisées et déjà vacciné par une contamination antérieure, présentera évidemment un pourcentage de syphilis récentes, toutes choses égales d'ailleurs, moindre qu'un contingent rural, par exemple, à peu près indemne de syphilis antérieure.

Nous tenions à exposer en détail tous les points sur lesquels nous avons insisté, car ils permettent de mesurer la difficulté d'établir une statistique satisfaisante de la syphilis et d'expliquer la pauvreté réelle des résultats positifs que nous allons maintenant passer en revue.

Mais nous tenons encore à insister une fois sur ce point que les chiffres donnés ne sont applicables qu'au groupement considéré et qu'on ne saurait en aucune mesure généraliser, par exemple, pour la France, les observations faites à Paris, Lyon ou Lille.

Enfin, nous terminerons ces considérations générales en énumérant brièvement les causes de dissémination relativement récente de la syphilis dans les milieux ruraux restés presque totalement indemnes jusqu'à ces temps derniers : le facteur indiscutablement proéminent consiste dans le service militaire obligatoire, et dans les périodes d'instruction imposées aux hommes de la réserve et de l'armée territoriale. Que l'on songe que, chaque année, d'après Burlereaux, il se contracte dans l'armée 4,355 cas de syphilis (chiffre de 1895), qu'avec les conditions du service actuelles les hommes ainsi infectés sont rendus à leurs foyers en moyenne moins de deux ans après la contamination, c'est-à-dire en pleine période contagieuse, et cela, sans compter les permissions qu'ils obtiennent au cours de leur service et on ne s'étonnera plus de l'importance majeure de ce facteur dans la dissémination de la syphilis !

Les périodes d'instruction des réservistes et des territoriaux ont une influence peut-être aussi nocive, en ce sens que la majorité de ces hommes sont établis et mariés : quand, ce qui n'est que trop fréquent, ils rapportent chez eux la syphilis, après leurs 28 ou 13 jours, ce sont leurs femmes et parfois leurs enfants qui paient la rançon des écarts auxquels ils se sont livrés. C'est indiscutablement aujourd'hui peut-être la source la plus abondante de la « syphilis insontium ».

A côté du service militaire, nous signalerons comme facteurs actifs de dissémination syphilitique, la facilité des communications qui permet, par exemple, aux femmes qui vont servir en ville comme domestiques, comme serveuses, etc., etc., et qui n'y contractent que trop souvent la vérole, de revenir fré-

quemment faire visite à leur famille, et qui propagent dans leur pays l'infection dont elles sont atteintes.

Enfin dans certains pays ruraux, où la vendange, la moisson attirent à certaines époques de l'année des ouvriers ambulants, souvent infectés, la syphilis trouve de puissants moyens de propagation.

Fréquence de la syphilis en France. — Il n'existe aucune statistique concernant le nombre des syphilitiques dans la population civile. Les seules données que l'on possède visent certaines agglomérations, en particulier Paris.

Paris. — La syphilis y serait très répandue, mais les estimations varient singulièrement : « Pour cer- » tains médecins, 70 pour 100 des habitants auraient » eu ou ont actuellement des manifestations de la » syphilis » (Ozenne).

Barthélemy, dans son livre sur la syphilis et la santé publique, estime qu'à Paris, sur 1.130.000 femmes, il y aurait 150.000 syphilitiques, et que sur le même nombre d'hommes il y en aurait deux fois plus, ce qui conduit à admettre, pour une population d'alors 2.226.000 âmes, le chiffre de 450.000 syphilitiques, soit environ un cinquième ou 20 pour 100.

M. Mauriac estime qu'à Paris il se contracte annuellement de 5.000 à 8.000 cas de syphilis.

Le Dr Fournier, en faisant une enquête sur leurs antécédents chez les malades (hommes) hospitalisés dans les services généraux de médecine ou de chirurgie, aboutit à un chiffre de 17 pour 100.

Le Dr Le Noir a fait plus récemment une enquête dont voici les résultats :

Sur un total de 798 malades soumis à son examen, pendant neuf ans, il y a eu 86 syphilitiques avérés et 28 syphilitiques probables, mais non certains. La proportion est de 10,76 pour 100 ou de un malade sur dix pour les cas où la syphilis est certaine et de un sur sept si l'on ajoute les cas où la syphilis a été seulement probable.

Sur un total de 404 malades observés dans les quatre dernières années, chez lesquels l'examen a été plus rigoureux, on note 54 syphilitiques avérés et 15 douteux, soit 13,46 pour 100 de syphilis certaines ou probables, ou encore respectivement 2 sur 15 et 1 sur 6.

On le voit, la proportion est sensiblement la même que celle donnée par le Dr Fournier.

Le Noir termine du reste sa statistique en déclarant que d'après les renseignements qu'il a pu recueillir à l'hôpital dans un service de médecine générale, le pourcentage serait d'environ 16 p. 100 dans la population indigente.

Tels sont les chiffres qui ont été avancés pour établir le bilan de la dissémination de la syphilis à Paris : nos longues considérations préliminaires nous épargneront de les discuter.

Paris est la seule ville de France où l'on se soit cru autorisé à risquer une appréciation sur la fréquence absolue de la syphilis. Dans les autres villes principales, les enquêtes se sont contentées d'insister sur les fluctuations de la syphilis.

A Lyon, Augagneur note que la morbidité vénérienne, sans séparer ce qui concerne la syphilis des autres maladies vénériennes, subit d'assez importantes fluctuations : la proportion des vénériens hospitalisés par 1,000 habitants oscille (chiffres extrêmes) entre 2,24 et 1,23 ; pour les trois dernières années elle a été respectivement : 1,50, 1,48, 1,62 pour mille.

A Toulouse, Audry, sans fournir de chiffres, déclare : « Je ne crois pas que la syphilis soit en progression. »

A Marseille, Bordeaux, Lille, il n'existe pas de documents permettant non-seulement de donner un pourcentage exact de la syphilis, mais même des notions sur les fluctuations de l'infection. La multiplicité des consultations externes gratuites ne permet pas, en particulier à Lille, de donner une impression en connaissance de cause, les oscillations dans le nombre de malades qui viennent demander des soins à la consultation hospitalière, par exemple, pouvant être dues à des fluctuations parallèles de l'infection syphilitique, ou à ce fait qu'à un moment donné les patients se porteront de préférence à telle ou telle consultation.

Quant au mouvement des vénériens dans les salles de l'hôpital, il nous semble beaucoup plus soumis aux variations météorologiques, aux crises industrielles, etc., qu'à l'accroissement ou la diminution des maladies : cela se conçoit aisément ; ce n'est qu'exceptionnellement que la syphilis exige l'alitement. L'immense majorité des syphilitiques peut aller et venir et préférera, si elle consent à subir un traitement, la consultation externe tant que les intempéries ou le manque de travail ne viendra pas la rabattre dans les services spéciaux.

Armée française. — L'armée française, en 1895, dernière année parue de la statistique médicale de l'armée, présentait une morbidité syphilitique de 7,8

pour mille. Cette morbidité, nous l'avons déjà vu, est fort inégalement répartie suivant les régions. La plus forte se rencontre dans la province de Constantine, où elle atteint le chiffre de 21,6 pour mille.

La syphilis n'a pas occasionné moins de 140.000 journées environ d'indisponibilité.

C'est dans leur première année de service que les soldats paient le plus lourd tribut à la syphilis : sur 199.160 jeunes soldats en 1895, 1.648 ont contracté la syphilis, soit une proportion de 8,2 pour mille.

Depuis quelques années le nombre des syphilitiques semble être en décroissance dans l'armée ; la morbidité moyenne en 1894, 1893 et 1892 était respectivement de 8,6, — 9,2, — 9,2 — pour mille, au lieu de 7,8 en 1895.

Algérie. — Pas de statistique : la syphilis y est considérée comme très commune d'après l'enquête des Drs Rey et Julien, d'Alger. Le XIXe Corps d'armée est le plus syphilisé de tous.

Angleterre. — La lutte contre la syphilis paraît fort peu active en Angleterre : les hôpitaux spéciaux y sont rares, et à Londres, par exemple, avec une population de six millions d'habitants, il n'y aurait que 120 lits réservés aux femmes et 27 aux hommes dans le Lock hospital (Dr Drysdale). Il est vrai que 25.314 individus viennent s'y rendre pour les consultations externes, sans qu'on fasse la distinction entre la syphilis et les autres maladies vénériennes.

Malgré ces conditions fâcheuses, la syphilis serait plutôt en décroissance.

Armée anglaise. — L'armée anglaise tient et de beaucoup la tête sous le rapport de la fréquence des maladies vénériennes et de la syphilis : malheureusement les statistiques que nous avons sous les yeux ne donnent que des chiffres globaux concernant toutes les maladies vénériennes, sans envisager à part la syphilis.

Tandis que l'armée française comptait, en 1895, 37,5 affections vénériennes pour 1.000 hommes, l'armée anglaise n'en comptait pas moins de 174, soit près de cinq fois plus ! Il est juste d'ajouter que la composition des deux armées est dissemblable, l'armée anglaise composée de volontaires professionnels faisant un long service et, par suite, toute différente de l'armée française. Malgré l'élévation des chiffres signalés, l'armée anglaise voit décroître le nombre de ses vénériens qui ne donnaient pas moins de 275 admissions à l'hôpital sur 1.000 hommes, en 1885.

Les chiffres de morbidité vénérienne, dans l'armée coloniale anglaise, sont bien supérieurs à ceux de l'armée métropolitaine : le contingent de Gibraltar donne 306 admissions hospitalières d'origine vénérienne, en 1897 ; le contingent égyptien, 408 ; enfin, le contingent indien, 522 ! Signalons, en passant, que ce dernier chiffre s'applique aux 70,000 hommes de troupes anglaises des Indes qui ont ainsi donné 36,540 admissions à l'hôpital en un an, tandis que les cipayes indigènes restent presque absolument indemnes.

Belgique. — D'après l'enquête du Dr Bayet, « il est » impossible de fixer pour la population belge la » fréquence absolue des maladies vénériennes....., la » blennorrhagie et la syphilis y sont très répandues. »

Pays-Bas. — Le Dr Selhorst signale « l'énorme » développement des maladies vénériennes ou syphi- » litiques dans les grandes villes. » A Amsterdam (500.000 habitants), Rotterdam (300.000 habitants), La Haye (200.000 habitants), la syphilis est « très répandue dans toutes les classes de la société. » Les campagnes seraient beaucoup plus épargnées.

L'armée néerlandaise métropolitaine a compté, en 1895, année prise pour terme de comparaison, 8,9 syphilitiques pour 1000 hommes d'effectif, sensiblement plus que l'armée française. En 1897, la morbidité s'est abaissée à 6,5 pour mille.

L'armée coloniale est beaucoup plus atteinte : 284 affections vénériennes pour mille hommes, en 1897, dont seulement 25 syphilitiques. Pour le contingent européen considéré à part, 50 syphilitiques pour 1000 présents.

Allemagne. — Il n'existe pas de statistique pour la population civile. Nous en sommes donc réduits à la statistique militaire. On a constaté, en 1895, 6,8 syphilitiques par mille hommes sous les armes.

La syphilis est très inégalement répartie dans les différents corps d'armée et dans les différentes garnisons. Nous ne pouvons à ce sujet que renvoyer au volumineux rapport du Dr Bluschko.

Nous croirions fastidieux de passer en revue de la même manière tous les pays du globe : nos lecteurs que la question intéresserait pourront se reporter aux enquêtes de la Conférence.

Nous avons voulu, dans cet exposé, indiquer combien la dissémination de la syphilis est chose générale.

Nous avons aussi tenu à montrer combien les données fournies laissaient à désirer et combien il serait souhaitable de voir réaliser ce vœu de la conférence :

« La Conférence émet le vœu de voir dresser la sta- » tistique des maladies vénériennes sur des bases uni- » formes pour tous les pays. »

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — On sait que les tractions de la langue, chez les asphyxiés, doivent être faites assez longtemps (jusqu'à trois heures), si bien que l'opérateur lui-même finit, lui aussi, par tirer la langue. Pour éviter cette fatigue, M. Laborde a inventé des appareils mus, l'un par un mouvement d'horlogerie, l'autre par l'électricité, qui permettent de pratiquer mécaniquement les tractions rythmées. L'essentiel parait être de ne pas avoir oublié son petit moteur quand on se trouve en présence d'un noyé ou d'un pendu.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 Octobre 1899

Présidence de M. Carlier, président.

La reprise des séances de la Société, après les deux mois de congé que lui octroie le règlement, n'a pas manqué d'intérêt; il y avait bien des vides parmi les sociétaires, mais les fidèles ont fait mieux que de se congratuler, ainsi qu'il est de règle à la reprise des travaux de toute Société.

M. Potel a présenté un malade atteint d'une volumineuse tumeur de la région postérieure du moignon de l'épaule. La forme de la tumeur est globuleuse et légèrement bosselée, sa consistance est molle partout, elle jouit encore d'une assez grande mobilité sur les parties profondes. Cette tumeur est un *myxo-sarcome*, c'est une récidive; l'observation de la première opération a été publiée dans l'*Écho médical du Nord* (v. 1898, p. 557). M. Potel, à ce propos, dit quelques mots des myxômes des membres que les auteurs divisent en myxômes diffus et myxômes encapsulés ; ces derniers sont considérés comme bénins. La chose est vraie quand ils sont purs, mais ne l'est plus quand un élément sarcomateux — ce qui est malheureusement à peu près la règle — vient se surajouter à l'élément myxomateux, son voisin histologique.

M. Moty a remarqué que le myxôme se développe ordinairement par la périphérie et tend généralement peu à gagner les parties profondes. Cette particularité peut être considérée comme une présomption en faveur de la nature myxomateuse au moment du diagnostic.

*** **M. Lambret** a déjà, dans une précédente séance, rapporté une observation de fracture de jambe consolidée au 17me jour ; pendant ces 17 jours, le malade avait été soumis à la médication thyroïdienne. Depuis, il a donné trois fois la *glande thyroïde dans les fractures récentes*; une fois avec un insuccès complet, c'était dans une fracture oblique de jambe tout à fait irréductible et qu'il dut traiter par la suture; la consolidation mit plus de deux mois à se faire; une deuxième fois le malade ne put être suivi. Enfin le troisième cas est plus intéressant, il s'agit d'un homme qui s'était fait, en tombant d'une hauteur de huit mètres, une fracture de jambe à gauche et une fracture de cuisse à droite. La première fut traitée par l'immobilisation dans un plâtre ; la seconde par l'extension continue. La médication thyroïdienne interrompue dès le premier jour à cause d'une élévation thermique, puis reprise le surlendemain, fut instituée. Le dix-huitième jour, les deux fractures étaient consolidées suffisamment pour qu'on pût lever les appareils ; quelques petits mouvements de latéralité témoignaient de l'élasticité des cals qui étaient énormes. Le 22e jour le malade fut autorisé à se lever, mais le soir il se plaignit de douleurs violentes dans le membre inférieur gauche et le lendemain on constatait une phlébite très nette. L'œdème envahit également le membre droit, mais de ce côté on ne trouvait aucun cordon dur et douloureux sur le trajet des veines. Ces troubles retinrent le malade au lit pendant près de deux mois ; aujourd'hui la guérison est parfaite et le malade marche sans aucune boiterie.

Cette observation est donc un cas de consolidation osseuse extra-rapide. Cette consolidation paraît réellement due à l'ingestion de glande thyroïde, mais si la chose est vraie, l'explication est bien difficile à trouver.

La phlébite qui s'est déclarée, apyrétique d'ailleurs, doit-elle nous mettre en garde contre la mobilisation trop rapide des fracturés ? M. Lambret ne le pense pas, car le fait n'a jamais été signalé chez les malades traités par la méthode ambulatoire, et on ne le rencontre pas dans les fractures du membre supérieur par exemple, traitées par le massage et la mobilisation précoce.

*** **M. Moty** présente un appendice perforé ayant donné passage à un coprolithe du volume d'une petite olive. Le coprolithe était enkysté dans une masse épiploïque de consistance splénique adhérente à l'origine de l'appendice ; ce dernier adhérait par

son extrémité perforée au péritoine pariétal, tapissant la face abdominale de l'anneau crural ; une distance de quatre à cinq centimètres séparait le corps étranger de la perforation, devenue elle-même extra-péritonéale par l'organisation d'adhérences solides qui ensevelissaient l'appendice.

C'est un nouvel exemple de résistance de l'organisme par la mise en action des moyens dont il dispose : formations d'adhérences, intervention de l'épiploon. Trente-sept jours s'étaient écoulés depuis le début de l'atteinte unique d'appendicite éprouvée par le malade ; on sentait un noyau d'induration dans le flanc droit, mais les accidents aigus avaient disparu depuis trois semaines.

M. Carlier présente une radiographie qui montre très bien la présence de deux calculs dans la vessie d'un enfant, entré récemment dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur. Cette radiographie, faite dans le laboratoire de radiographie de M. Doumer, est très nette. On y voit deux calculs de la grosseur d'une noix, accolés l'un à l'autre.

Jusqu'aujourd'hui ce n'est que chez l'enfant que la radiographie permet de constater l'existence d'une pierre dans la vessie ; cela tient au peu de développement du pubis et surtout à ce que la vessie de l'enfant étant moins périnéale, plus abdominale que celle de l'aldulte, les calculs ne sont pas masqués par le pubis.

L'opération démontra d'ailleurs l'exactitude de cette radiographie. M. Carlier pratiqua une lithotritie et, malgré leur dureté, le broiement des deux pierres fut fait en douze minutes. Une des pierres mesurait 3 centimètres 2, l'autre 2 centim. 7. L'enfant est aujourd'hui guéri.

ARCHÉOLOGIE CHIRURGICALE

Un essai d'Asepsie au XVIe siècle

Wissant, ce 27 septembre 1899.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'archéologie des vieilles pierres et de vieux tessons, dont je vous ai trop longuement entretenu dans ma première lettre, n'est pas seule intéressante. Celle des textes ne l'est guère moins pour les curieux du passé. Quant à moi, j'ai l'habitude de m'offrir chaque année comme régal, durant ma villégiature maritime, la lecture de quelqu'un de ces anciens livres que tout le monde connaît de nom, mais que personne ne lit plus, submergé que l'on est par l'inondation incessante et croissante du papier imprimé contemporain. Cet automne, j'ai achevé la lecture des œuvres d'Ambroise Paré, commencée l'an dernier. J'ai lu ici, dans mes promenades, l'*Apologie*, collection d'œuvres de polémique, et les *Voyages*.

Tous les médecins savent qu'Ambroise Paré a inventé la ligature des vaisseaux dans les amputations et qu'il a dit : « Je le pansay ; Dieu le guarit. » Et c'est tout ce qu'ils en savent, pour la plupart. Ce qu'étaient ses idées générales et sa pratique, quelle influence il a exercée, quel homme c'était ; tout le monde l'ignore. Cela ne laisse pas pourtant d'être curieux ; et ces textes sombrés dans l'oubli vous révèlent parfois des choses très inattendues.

Par exemple, en niant avec preuves à l'appui la vénénosité des « playes de harquebuzade », vénénosité à laquelle tout le monde croyait de son temps, et que l'on se figurait conjurer en cautérisant la blessure avec l'huile bouillante, Ambroise Paré a certainement réfuté une erreur, démoli un préjugé. Mais le résultat de cette découverte négative a été l'institution d'une thérapeutique assez fâcheuse en somme.

Dans un récit imagé, qui est même d'un très joli tour littéraire, Paré raconte comment, un soir de bataille où il y eut beaucoup de blessés, l'huile « fervente » lui ayant manqué, il dut panser quelques-uns d'entre eux avec un « digestif fait » de jaune d'œuf, huile rosat et térébenthine. La nuit suivante, » ajoute-t il, je ne pus bien dormir, pensant que, par faute » d'avoir cautérisé, je trouvasse les blessés où j'avois failli à » mettre la dite huile morts empoisonnés. Qui me fit lever » de grand matin pour les visiter. Outre mon espérance, » trouvay ceux auxquels j'avois mis le médicament digestif » sentir peu de douleur à leur playe, sans inflammation et » tumeur, ayant assez bien reposé la nuit. Les aultres, où l'on » avoit appliqué la dite huile, les trouvay fébricitans, avec » grande douleur et inflammation aux environs de leurs playes. » Adonc je me délibéray de ne jamais plus brusler ainsi cruel- » lement les pauvres blessés de harquebuzade (1) ».

Théoriquement Paré avait raison. Et cependant la cautérisation des plaies d'armes à feu par l'huile « fervente » cette pratique barbare dirigée contre une toxicité imaginaire, préservait en fait assez souvent les blessés de dangers d'infection ultérieure trop réels. Le caustique, cuisant littéralement les surfaces traumatisées, les revêtait partout d'une escharre, carapace préservatrice hermétiquement close, pouvant s'opposer à la pénétration des germes pathogènes, des microbes, lesquels, pour être ignorés, n'en existaient et n'en infectaient pas moins sous François Ier que de nos jours. Il faut le dire, la pratique de Paré en matière de pansements fut plutôt un recul. La pharmacopée antique employait beaucoup, comme topiques, les macérations d'aromates dans du vin ou dans de l'eau-de-vie, les onguents préparés à chaud avec térébenthine, essences de benjoin, de mélilot, de romarin ; vitriol blanc (sulfate de zinc) ; couperose verte (sulfate de cuivre) ; sels mercuriaux ; etc., etc. ; toutes substances qui n'avaient pas les propriétés

(1) Le voyage de Thurin, 1536.

complexes qu'on leur attribuait, mais qui étaient microbicides. C'était une chirurgie bien plus antiseptique que celle de DUPUYTREN et de VELPEAU.

AMBROISE PARÉ, entraîné par son idée, juste d'ailleurs, sur la non-vénénosité des plaies d'armes à feu, commença de mettre en honneur les topiques gras, « suppuratifs ou pourrissants », comme il les appelait, et inaugura cette funeste chirurgie des cataplasmes et du cérat qui devait durer plus de deux siècles, dont les gens de mon âge ont vu la fin et dont nous a délivrés PASTEUR. Les blessés de PARÉ, — et ses adversaires ont bien su le lui reprocher aigrement de son temps (voir l'*Apologie*), — souffraient moins sur l'heure, mais mouraient beaucoup, par la suite, d'accidents où il est facile de reconnaître l'infection purulente. Au siège d'Hesdin, au siège de Rouen surtout, la mortalité fut si effroyable qu'elle obligea PARÉ à modifier sa pratique : « Je fus contraint, dit-il, de laisser les suppuratifs et de user, au lieu d'iceux, de l'onguent Œgyptiac, de l'onguent mercuriel camphré et aultres. » (1)

A propos de cette influence, plutôt malheureuse, qu'AMBROISE PARÉ exerça sur ce point de la chirurgie de son époque, j'ai fait chez un de ses contemporains, chez BRANTÔME, une petite, — oh ! bien petite, — mais assez amusante trouvaille :

Il a existé, au XVI[e] siècle, un chirurgien qui semble avoir eu une vague idée, une obscure intuition des résultats excellents qu'on pouvait obtenir dans le traitement des plaies par la scrupuleuse propreté des topiques et des pièces de pansements. Je crois que cela n'était pas bien net dans son esprit, et je ne prétends pas qu'il faille voir en DOUBLET (ainsi se nommait-il), le père méconnu de l'asepsie. On peut toujours, avec un peu d'ingéniosité, prouver qu'une grande découverte n'est pas inédite. CAROLUS PATIN (le fils de GUY), n'a-t-il pas cherché, en s'appuyant sur l'interprétation élastique de textes vagues, à démontrer que la circulation du sang avait été connue d'HIPPOCRATE et même de CONFUCIUS ? Je ne veux donc pas élever une statue à DOUBLET. Il me semble pourtant que cet humble confrère, absolument oublié, mérite bien un petit souvenir, voire un petit hommage rétrospectif.

Voici ce que j'ai trouvé dans BRANTÔME :

Maistre DOUBLET, chirurgien de M. DE NEMOURS (2), dit BRANTOME, emportoit de ce temps la vogue des chirurgiens de France, et fit dedans Metz d'étranges cures. Et chacun alloit à luy, bien qu'y fust maistre AMBROISE PARÉ, tant renommé depuis, et tenu pour le premier de son temps. *Et toutes ses cures faisoit le dit* DOUBLET, *par simple linge blanc et belle eau claire, venant de la fontaine ou du puy.* Mais sur cela, il s'aydoit de sortilèges et parolles charmées, comme il y a encore aujourd'hui force gens qui l'ont vu qui l'assurent. Du depuis, j'ai vu SAINCT JUST D'ALLÈGRE, qui s'en mesloit de même ; et vis comme il se présenta a feu M. de GUYZE, lorsqu'il fut blessé à Orléans, dont il mourut : Et gageoit sa vie, qu'il le gueriroit. Jamais ce bon prince, religieux et vertueux, ne voulut qu'il y mist la main, disant qu'il aymoit mieux mourir que de s'ayder pour guérison d'un tel art diabolique, et offenser en cela Dieu (1).

Ailleurs, BRANTÔME confirme la chose :

M. DE SAINCT-JUST D'ALLÈGRE, estant fort expert en telles cures de playes, *par des linges et des eaux* et des parolles prononcées, fust présenté à ce bon seigneur (le duc DE GUYZE) pour le panser et le guérir, car il en avoit fait l'expérience grande sur d'autres. Jamais ne le voulut entendre, disant que c'estoient enchantements deffendus de Dieu... Et me dict M. DE SAINCT-JUST, qui étoit mon grand amy, qu'il l'eut guéri ; ce qui est fort à noter (2).

La pratique de DOUBLET a été reprise rationnellement de nos jours ; en particulier par BANTOCK et SPENCER WELS, qui ont pratiqué de nombreuses opérations abdominales en n'usant que de savon, d'eau non bouillie et de brosses ; sans étuves ni antiseptiques d'aucune sorte. Et leur statistique n'aurait pas été inférieure à celle des autres chirurgiens.

Mais, au XVI[e] siècle, on ne concevait pas quelle efficacité pouvait avoir sur la marche des blessures l'eau bien claire et le linge blanc. Notez que PARÉ raconte qu'en guerre on était obligé de laver et de relaver si souvent les linges à pansement qu'ils devenaient « secs comme parchemin ». Il était tout à fait dans la psychologie de l'époque que le dévot prince de GUYZE, que SAINT JUST D'ALLÈGRE, que BRANTÔME, — qui sait, que DOUBLET lui-même peut-être, — attribuassent à des maléfices ces cures incompréhensibles. Il n'en ressort pas moins de la courte mais topique citation de BRANTÔME que DOUBLET était un chirurgien propre, relativement aseptique, et que cette asepsie très relative suffirait à lui assurer beaucoup de succès, à lui et à ses imitateurs, même à ses imitateurs non médecins ; car ce SAINT-JUST D'ALLÈGRE, le grand amy de BRANTÔME, sur lequel je n'ai d'ailleurs trouvé aucun renseignement, me paraît avoir été quelque mince gentilhomme, officier des armées royales. Cela leur réussissait à tel point que l'on rapportait leurs guérisons à la magie.

AMBROISE PARÉ a vécu en contact avec DOUBLET dans Metz assiégée par Charles-Quint ; il a connu et mentionne en toutes lettres, fort loyalement, « mainte cure merveilleuse » de son confrère. C'était un bon observateur que PARÉ. On a certainement exagéré en parlant, comme l'a fait MALGAIGNE, de son « génie » ; mais il était curieux et sagace. Eh bien, PARÉ n'a rien compris aux résultats « merveilleux » du modeste praticien, que lui, Premier Chirurgien du Roy, regardait vraisemblablement de haut, comme une façon de rebouteur. Une certaine raideur et un tantinet de vanité jalouse étaient les défauts de caractère de PARÉ ; cela perce dans ses écrits. Voici le bref et dédaigneux passage qu'il consacre à DOUBLET : « Un
» chirurgien empirique, nommé DOUBLET a fait maintes fois
» des cures merveilleuses, appliquant à telles playes (les
» plaies d'armes à feu), un médicament suppuratif composé de
» lard fondu, jaune d'œuf et térébenthine, avec un peu de

(1) Le voyage de Rouen, 1562.
(2) Il n'y avait point alors de service de santé militaire régulièrement organisé. On n'était pas chirurgien d'armée ; on etait chirurgien aux gages de quelque grand seigneur.

(1) Œuvres de Brantôme. Edition elzévirienne, 1878 ; t. VI, p. 53. « Monsieur le Mareschal de Saint-André. »
(2) Ibid. T. V, p. 175. « M. de Guyze-le-Grand. »

» safran. Et tenoit ce remède pour un très grand secret (1) ». Un point ; c'est tout.

Ce manque de flair de **Paré** en cette occasion me rappelle un souvenir personnel et local dont j'ai souvent parlé à mes élèves et que je rapporte ici à cause de son analogie avec ce qui précède :

En 1884 j'avais pour cliente une aimable vieille dame, veuve d'un grand industriel Lillois, Mme B...... Elle souffrait d'une maladie chronique n'exigeant pas une thérapeutique bien active ; aussi mes visites se passaient-elles souvent en conversations. C'était le moment où il n'était question dans le monde extra-médical que des triomphes de la Chirurgie nouvelle.

— Les choses ont donc bien changé depuis ma jeunesse, me dit un jour Mme B... Il y a trente ans, presque tous nos blessés d'usine auxquels il fallait faire quelque opération, mouraient. Ceux mêmes qui n'étaient que légèrement blessés aux doigts avaient des complications, des abcès qu'il fallait ouvrir. Ils étaient bien soignés cependant, à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service du Docteur **Parise**, qui était bon chirurgien, n'est-ce pas ?

— M. **Parise**, qui fut mon maître, était, Madame, un homme de haute valeur. Mais, en ce temps-là, tout le monde avait les mêmes mauvais résultats que lui.

— Nos ouvriers avaient fini par se figurer qu'on ne guérissait pas a Saint-Sauveur ; et ils préféraient être soignés à domicile par une espèce de médecin exotique, qu'ils appelaient le « père **Lazowski**. »

— En effet, j'ai vaguement connu dans mon enfance ce Docteur **Lazowski**, qui habitait la rue de Tournai. C'était un réfugié polonais, échoué à Lille vers 1830. Sous Louis-Philippe on s'attendrissait beaucoup sur les réfugiés polonais. Le gouvernement leur donnait officiellement des secours. Le *Charivari* prétendait qu'il y avait vingt mille demandes de places de réfugié polonais....

— Parfaitement. Eh bien, ce Docteur **Lazowski**, qui faisait de la médecine **Raspail**, de la médecine au camphre, pansait nos blessés chez eux. Et le fait est, ma foi, que la plupart guérissaient vite.

— L'avez-vous vu quelquefois opérer, Madame ?

— Bien des fois. En qualité de patronne je me faisais un devoir de visiter nos blessés. **Lazowski** lavait largement les blessures à l'eau-de-vie camphrée pure ; ce qui piquait très fort. Puis il bourrait les plaies jusqu'aux bords de poudre de camphre et couvrait le tout de compresses d'eau sédative étendue.

— Avez-vous parlé de cela à M. **Parise** ?

— Oui. Il a haussé les épaules.

Parise n'avait pas su mieux voir l'antisepsie relative et vraisemblablement inconsciente du « père **Lazowski** » qu'**Ambroise Paré** n'avait su voir l'asepsie primitive et confuse de « Maistre **Doublet**, empirique ».

C'était d'autant plus étonnant de la part de **Parise** que l'excessive mortalité par accidents infectieux l'obsédait. Dans les dernières années de sa pratique il ne parlait presque plus d'autre chose. En 1869, à l'heure même où **Lister** expérimentait encore en silence à Glascow son célèbre pansement, j'ai vu **Parise**, croyant à l'existence dans l'atmosphère hospitalière de « miasmes phlébitigènes », (il appelait de ce nom l'agent nocif inconnu générateur de l'infection, parce qu'il professait que c'était en enflammant suppurativement les veines, en produisant une phlébite purulente, que cet agent intoxiquait tout l'organisme ; passons sur ce détail de pathogénie) ; j'ai vu, dis-je, **Parise** essayer de les détruire ou de les neutraliser par un moyen fort analogue au fond à l'un des procédés de la méthode Listérienne. C'était une sorte de *Spray*. J'ai naguère raconté toutes ces tentatives (1).

Tout cela prouve une fois de plus que de très bons esprits passent sans les apercevoir à côté de faits clairs comme le jour, que tous voient dès qu'un trouveur inspiré les a dégagés et montrés. Il en a été ainsi de la contagion de la tuberculose, dont personne ne s'avisait jadis et qui crève aujourd'hui les yeux. Il en a été de même de l'antisepsie. Qui sait ? Peut-être y a-t-il encore, même en médecine, des découvertes à faire, à propos desquelles tout le monde s'étonnera, le lendemain du jour où elles seront faites, qu'elles ne l'aient pas été depuis des siècles.

Je clos ma correspondance Wissantaise sur cette belle réflexion philosophique, en vous envoyant, mon cher Rédacteur en chef, l'assurance de mes plus cordiales sympathies,

Dr H. **Folet**.

(1) XIe livre. *Des playes faites par harquebuzes et aultres bastons à feu.* Chapitre XV.

(1) *La Révolution de la Chirurgie.* Mém. de la Soc. des Sciences de Lille, 1886.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Dans la promotion du 30 septembre, au grade de **médecin aide-major de 1re classe**, avec maintien à leur poste actuel, nous relevons les noms de MM. les médecins aide-majors, en service dans les régiments de la région, qui suivent : MM. les docteurs **Bourcier**, du 21e dragons, à St-Omer ; **Boudriot**, du 45e d'infanterie, à Laon ; **Duffau**, du 4e cuirassiers, à Cambrai ; **Mendy**, du 23e dragons, à Sedan ; **Faideau**, du 128e d'infanterie, à Abbeville ; **Pellissié**, du 1er d'infanterie, à Cambrai.

— Une série de **mutations dans le corps de santé militaire** désigne pour le 15e d'artillerie, à Douai, M. le médecin-major de 2me classe hors cadres **Finot** ; enlève M. le médecin-major de 1re classe **Lazare**, au 84e de ligne à Avesnes, où le remplace M. le médecin-major de 2me classe **Fribourg**, du 1er train des équipages, à Lille ; fait passer M. le médecin-major de 2me classe **Pesme**, du 33e de ligne à Arras au 1er train des équipages, à Lille ; envoie MM. les médecins-majors de 2me classe **Bilouet**, du 1er d'artillerie à pied, àLille, à l'Ecole polytechnique, à Paris ; **Gruson**, du 2e d'artillerie à pied, à Maubeuge, au 1er même arme à Lille ;

amène MM. les médecins-majors de 2me classe Bosc, au 2e d'artillerie à Maubeuge; **Steinmetz**, au 33e de ligne à Arras.

— Sont nommés d'autre part, MM. les médecins aides-majors de 1re classe **Duhaut**, au 8e chasseurs à pied, à Amiens; **Paul**, au 72e d'infanterie, à Amiens. MM. les médecins aides-majors de 1re classe **Montagne** et **Duffau** quittent respectivement, pour les hôpitaux d'Oran et d'Alger, l'un le 127e de ligne à Valenciennes, l'autre le 1er cuirassiers à Cambrai.

— Ont été nommés dans le **cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale,** les médecins de la région dont les noms suivent :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les docteurs **Cochon**, d'Henin-Liétard (Pas-de-Calais); **Macrez**, de Lignières-Châtelain (Somme); **Renard**, de Poix (Somme) ; **Dransart**, de Bersée (Nord).

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Rennes. — M. le docteur **Perrin de la Touche**, professeur d'histologie, est nommé directeur pour trois ans.

M. **Le Normand**, professeur de pharmacologie à l'école de Tours, est nommé professeur titulaire à l'école de Rennes.

M. **Follet**, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

M. **Le Moncet**, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Bordeaux. — M. le docteur **Cannieu**, agrégé, est nommé professeur d'anatomie.

M. le docteur **Carles**, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'hydrologie.

Nancy. — M. le docteur **Rohmer**, agrégé, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur **Vautrin** est chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe; la chaire de pathologie externe est supprimée.

Clermont. — M. le docteur **Billard** est chargé d'un cours de physiologie.

Angers. — M. le docteur **Thibault**, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne.

M. le docteur **Bocquel**, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Besançon. — M. le docteur **Baigue**, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

Marseille. — M. le professeur **Chapplain** est nommé professeur honoraire.

Alger. — M. le docteur **Grimal** est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

Limoges. — M. le docteur **Garraud** est institué suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Nantes. — M. le docteur **Bonnel** est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. le docteur **Gustave Bureau** est nommé, après concours, médecin suppléant.

Tours. — M. le docteur **Delagenière** est nommé professeur de pathologie externe.

M. le docteur **Parisot** est chargé du cours d'histologie.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

40e semaine, du 1er au 7 octobre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	7
3 mois à un an	3	3
1 an à 2 ans	»	»
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	8
40 à 60 ans	9	9
60 à 80 ans	3	8
80 ans et au-dessus	2	3
Total	32	42

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	NAISSANCES par Quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phthisie pulmonaire	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	3	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	13	12	8	»	»	1	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	19	8	3	»	»	»	»	»	1	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Wazemmes, 36,782 hab.	31	8	1	»	»	»	»	1	1	»	»	3	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Vauban, 20,381 hab.	14	8	4	»	»	»	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	11	14	5	»	»	»	»	»	4	»	»	2	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»
Esquermes, 11,381 hab.	3	3	1	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	6	6	5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	19	8	3	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»
Canteleu, 2,836 hab.	5	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	11	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total	135	74	33	»	»	1	2	1	14	1	»	11	3	6	1	»	1	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 145. Troisième Année, N° 43. Le Numéro : 10 centimes. 22 Octobre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de Villar.

Par le Dr **J. Vanverts**,
ancien Interne lauréat des hôpitaux de Paris.

La cure radicale des hernies, et en particulier de la hernie inguinale, est aujourd'hui une opération fréquemment pratiquée. Sous le couvert de l'antisepsie, sa mortalité est devenue insignifiante. Grâce au perfectionnement des méthodes opératoires, les résultats éloignés de l'intervention sont actuellement excellents. La suppression du sac herniaire, la consolidation de la paroi de la région inguinale suivant divers procédés, qui, pour la plupart, dérivent de celui de BASSINI, sont les deux temps principaux de l'opération, et leur exécution minutieuse est une garantie presque certaine de succès durable.

Toutefois, malgré sa bénignité et son efficacité, la cure radicale de la hernie inguinale, comme de toute autre hernie, n'est pas toujours une opération parfaite : il n'est pas rare de voir apparaître quelques jours, quelques semaines ou même quelques mois après l'opération, des abcès dans la région de la cicatrice. Ces abcès deviennent fistuleux et ne se tarissent qu'après l'élimination spontanée ou l'extraction chirurgicale, souvent nécessaire, d'un ou de plusieurs fils de suture (1). Qu'ils soient dus à un défaut de stérilisation des fils ou à une faute commise contre l'asepsie au cours de l'opération, qu'ils soient tardifs et n'apparaissent que plusieurs mois après l'opération sous l'influence d'une infection par les microbes de l'intestin (2), par des microorganismes apportés par le sang ou par ceux qui proviennent d'une inflammation de voisinage (lésion cutanée, par exemple), ces accidents de suppuration revêtent toujours un caractère sérieux en raison de leur longue durée.

Pour les éviter, POPPERT (3) a conseillé de ne placer que quelques points de suture au niveau des parois inguinales. Mais, en admettant, comme il semble

(1) Fréquence de ces accidents : 55 p. 100, ESMARCH; 49 p. 100, BILLROTH; 49 p. 100, BERGMANN; 29 p. 100, HELFERICH; 21.2 p. 100, KUSTER; 16,5 p. 100, HINESKE; 10,9 p. 100, CORVIN et VICOL; cités par P. DÉZON. *De la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus.* Thèse Paris, 1898, p. 6.

(2) Cette explication ne me semble pas plausible. Si les microbes de l'intestin sont la cause de l'infection des fils, on ne peut comprendre que ceux qui enserrent le moignon épiploïque et qui sont enfouis au milieu des anses intestinales échappent, d'une façon presque constante, à la contamination.

(3) P. POPPERT (La suppression des sutures à la soie. *Deuts. med. Woch.*, 2 déc. 1897, p. 477) considère ces accidents comme *d'origine mécanique*. Les fils nombreux et serrés dans la cure radicale des hernies provoquent la nécrose des tissus, qui, si la résorption ne se produit pas, prédispose à l'infection. POPPERT a complètement supprimé les accidents de suppuration en ne plaçant plus que des sutures très espacées et en les serrant modérément.

l'avoir prouvé, qu'on diminue ainsi le nombre de ces accidents, on n'arrivera certainement pas à les éviter toujours, et cette diminution ne sera obtenue qu'au prix d'une sécurité moins grande pour l'avenir.

Les fils résorbables (catgut, tendon de la queue du kanguroo, etc...) ne présentent pas cet inconvénient. Sans doute, ils peuvent déterminer de la suppuration si leur désinfection a été insuffisante ; mais, en raison de leur résorption plus ou moins rapide, ils n'exposent pas aux ennuis de la fistulisation et de l'infection secondaire. Malheureusement leur emploi doit être limité à la cure radicale des hernies de l'enfant, chez lequel la vitalité des tissus est considérable. Chez l'adolescent et chez l'adulte, il serait imprudent, pour consolider une paroi inguinale affaiblie, de se servir de fils qui cesseraient peut-être de remplir leur rôle de tuteurs au bout de quelques jours.

Pour obvier aux inconvénients de l'emploi des fils perdus, résorbables et non résorbables, dans la cure radicale de la hernie inguinale, MM. DUPLAY et CAZIN ont proposé d'y renoncer et de le remplacer par des manœuvres spéciales sur le sac (1) et par l'usage de fils temporaires, non résorbables (2).

Leur exemple fut suivi par MM. DEFONTAINE (3), JONNESCO (4), DEL GRECO (5), VILLAR (6), FAURE (7), qui inventèrent des procédés différents de cure radicale de la hernie inguinale à fils temporaires.

Ignorant le procédé de VILLAR, j'avais conçu, il y a deux ans, un procédé de cure radicale de la hernie inguinale, qui ne diffère du précédent que par les points de détail peu importants.

(1) S. DUPLAY et M. CAZIN. Nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales. *Semaine médicale*, 11 nov. 1896, p. 453 ; et *Archives générales de médecine*, 1897, vol. I (VIII° série, t. VII), p. 28. — PAYOT. Sur un nouveau procédé de la cure radicale de la hernie inguinale. *Thèse Paris*, 1897.

(2) S. DUPLAY et M. CAZIN. Méthode générale de cure radicale de hernies inguinales sans fils perdus. *Semaine médicale*, 1897, p. 465. — S. DUPLAY. *Cliniques chirurgicales*, 2° série, 1898, p. 260. — DURET. Les nouveaux procédés de cure radicale de la hernie inguinale. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1898, t. I, p. 25.

(3) DEFONTAINE (du Creusot). Nouveau procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus. *Arch. provinciales de chirurgie*, fév. 1897, p. 80.

(4) Th. JONNESCO (de Bucarest). Procédé de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. XII° Congrès international de médecine, Moscou, août 1897 ; *Archives des Sciences médicales de Bucarest*, 1897, n°s 5-6 ; *Revista de Chirurgie*, avril 1898, t. II, p. 3 ; *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest*, 1898, p. 4.

(5) DEL GRECO ; in GIGLI e BARONI. Suture profonde amovibili, cura radicale delle ernie inguinale sanza fili perduti. *Settimana med. della sperimentale*, 16 oct. 1897.

(6) Fr. VILLAR (de Bordeaux). *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 janvier 1897. — DU MÊME : Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales. *C. R. du XI° Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1897, p. 400.

(7) J. L. FAURE. Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus. *Presse médicale*, 26 janvier 1898, p. 49.

Je donnerai, à la fin de ce travail, la description détaillée de cette opération, que M. VILLAR n'a indiquée que d'une manière succincte.

Pour juger la nouvelle méthode de cure radicale de la hernie inguinale à fils temporaires — j'aurai surtout en vue le procédé de VILLAR — j'étudierai d'abord ses résultats immédiats et éloignés, de façon à pouvoir la comparer aux méthodes antérieures.

Je montrerai ensuite comment les divers procédés de cure radicale sans fils perdus assurent l'exécution des deux temps importants du traitement opératoire de la hernie inguinale, à savoir : *la suppression du sac* et *la consolidation de la paroi inguinale.*

Résultats immédiats. — Si on excepte un cas de mort (Obs. XX, personnelle), survenue par occlusion intestinale et qui ne me semble pas pouvoir être attribuée à l'opération, on voit que la cure radicale de la hernie inguinale à fils temporaires a toujours présenté des suites immédiates d'une extrême simplicité.

Je n'insiste pas sur les accidents d'infection qui peuvent survenir (1) comme dans toute autre opération de ce genre et qui doivent être évités par une asepsie rigoureuse des instruments, des fils de suture et des mains de l'opérateur et de ses aides. Dans aucun cas, on ne vit se produire ces accidents de suppuration interminable qu'on observe parfois à la suite de la cure radicale à fils perdus non résorbables et qui ne cessent qu'après l'élimination du fil infecté.

Je dois encore signaler une petite complication que j'ai notée deux fois (Obs. VII et VIII) ; il s'agit d'un sphacèle superficiel limité à une partie des lèvres de la plaie. Ce sphacèle ayant été absolument sec, sans aucune trace de suppuration, j'ai cru qu'il s'agissait de troubles de nutrition dus à une striction trop forte des fils de suture. En serrant moins vigoureusement les fils, je n'ai plus observé cet accident.

Résultats éloignés. — Les résultats éloignés sont les suivants :

Procédé de Duplay et Cazin (2).

4	opérés ont été revus	2 ans après l'opération	sans présenter de récidive
1	»	22 mois	»
1	»	21 »	»

(1) J'ai observé cette complication à plusieurs reprises (Obs. I, IV, XII, XIV). Une faute commise contre l'asepsie par mes aides et par moi en a peut-être été la cause. Je crois cependant que celle-ci doit être cherchée dans l'emploi d'un catgut insuffisamment aseptique et préparé par un procédé nouveau et peu recommandable (séjour dans le chloroforme). Les accidents de suppuration disparurent par l'emploi de la soie ; puis du catgut aseptique ; l'opérateur, les aides et les précautions opératoires et pré-opératoires étant restés les mêmes.

(2) P. DÉZON, *loco citato*, p. 99.

1 opéré	a été revu	20	mois après l'opération	sans présenter de récidive
1	»	19	»	»
1	»	18	»	»
1	»	14	»	»
1	»	10	»	»
2	»	9	»	»
1	»	8	»	»
3	»	7	»	»
3	»	6	»	»
4	»	5	»	»
2	»	4	»	»
1	»	3	»	»
1	»	2	»	»
1	»	1	»	»

Procédé de Jonnesco (1). — JONNESCO dit avoir employé son procédé 16 fois ; les résultats ont été très satisfaisants, et il n'a pas constaté un seul cas de récidive.

Procédé de Faure (2) :

2 opérés	ont été revus	7	mois après l'opération	sans présenter de récidive.
1	»	6		»

Procédé de Villar :

1° Statistique de M. VILLAR (3).

1 opéré	a été revu	1	an après l'opération	sans présenter de récidive.
1	»	15	mois	»
1	»	19	»	»

2° Statistique personnelle (4).

4 opérés	ont été revus	1	mois après l'opération	sans présenter de récidive.
4	»	2		»
3	»	8		»
3	»	10		»
2	»	11		»
2	»	12		»
1	»	13		»

L'examen de ces statistiques nous montre que la récidive n'a été observée dans aucun cas de cure radicale de hernie inguinale sans fils perdus.

Si l'on adopte l'opinion de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, qui estime que la récidive, quand elle doit se produire, apparaît dans les six mois qui suivent l'opération, on voit que les 37 opérés revus au bout de six mois ou davantage doivent être considérés comme définitivement guéris (1).

Ce sont là des résultats qui sont comparables à ceux des meilleurs procédés de cure radicale avec fils perdus, tel que celui de BASSINI.

Les avantages que présente la méthode des fils temporaires, grâce à la suppression des accidents dus aux fils perdus, doit donc la faire toujours préférer.

1° *Du traitement du sac dans les procédés de cure radicale sans fils perdus.* — La suppression de tout infundibulum péritonéal doit être, comme l'a montré M. CHAMPIONNIÈRE, le temps principal de toute cure radicale de hernie (2).

M. DEFONTAINE (*l. c.*) emploie un procédé analogue à celui de BARKER. Il enserre le pédicule du sac avec deux crins qui traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Voici comment il procède : sans inciser la paroi inguinale antérieure, il dissèque le sac le plus haut possible en exerçant sur lui de fortes tractions. L'index gauche est introduit dans le sac jusqu'au niveau de la cavité abdominale. Prenant alors une aiguille d'EMMET, il traverse la paroi abdominale en un point situé sur le prolongement de l'incision cutanée et qui correspond à l'orifice inguinal profond ou un peu au-dessus. L'aiguille traverse les deux parois opposées du sac, puis est ramenée au niveau de la plaie où on la charge de deux crins de Florence. Elle est alors retirée. Elle est de nouveau introduite à 8 ou 10 millimètres de son premier point d'entrée pour passer en dehors du sac et aller recevoir au niveau de la plaie l'extrémité inférieure d'un des crins. La même manœuvre est exécutée de l'autre côté du sac. Il ne reste plus qu'à serrer les deux crins, puis à réséquer le sac au-dessous du point lié.

Après avoir incisé la paroi antérieure du canal inguinal, JONNESCO (*l. c.*) dissèque le sac comme d'habitude, mais, au lieu d'enserrer son pédicule dans

(1) Th. JONNESCO. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest, 1898, p. 7.

(2) P. DEZON. *Loco citato*, p. 112.

(3) IBID., p. 50.
En faveur de l'opération de Villar, je puis encore citer les excellents résultats donnés par un procédé analogue qu'emploie mon maître, M. MONOD, depuis plusieurs années, pour suturer les plaies de laparotomie, et qui a été le point de départ de mes tentatives de cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus. Ce procédé est le suivant : Une aiguille forte et très courbe perfore la peau à 6 ou 8 millimètres de son bord libre. Sa concavité embrassant la lèvre cutanée qu'elle vient de traverser, elle est conduite sous la peau à une distance de plusieurs centimètres. On lui fait alors exécuter un demi-tour et on l'introduit dans l'épaisseur du muscle droit qu'elle traverse ainsi loin de son bord interne. Elle perfore enfin la lèvre péritonéale à quelques millimètres de son bord libre. La même manœuvre est répétée en sens inverse sur la lèvre opposée de la plaie. Le fil dont on charge l'aiguille comprend ainsi peu de peau, beaucoup de muscle et peu de péritoine.

(4) Cette statistique diffère en quelques points de celle que j'ai communiquée il y a quelques mois à la Société de chirurgie, quelques malades ayant été revus depuis cette époque.

(1) Il faut y ajouter un certain nombre d'opérés de JONNESCO sur lesquels je n'ai pu me procurer de renseignements suffisants.

(2) Dans quelques cas où le sac s'était déchiré à plusieurs reprises, j'ai réséqué simplement le sac sans lier son pédicule. Cette conduite n'a été suivie d'aucun incident. Je n'oserais cependant conseiller de la mettre toujours en pratique, de crainte de la production d'adhérences entre l'intestin et la surface cruentée de la paroi abdominale.

une ligature, il l'étreint avec deux pinces provisoires, puis il résèque la partie sous-jacente du sac. Au moment de la pose des sutures de la paroi inguinale postérieure, il fait passer deux des fils à travers le pédicule qui se trouve ainsi suturé.

MM. DUPLAY et CAZIN (*l. c.*) conservent le sac. L'aide exerçant de fortes tractions sur lui, ils font un, puis deux nœuds avec la totalité du sac. Celui-ci est ensuite divisé en deux lanières longitudinales qui sont nouées ensemble.

M. FAURE (*l. c.*) emploie un procédé analogue; mais il ne fait qu'un double nœud et se sert des bandelettes du sac pour suturer la paroi inguinale.

M. VILLAR (*l. c.*) emploie l'ancien procédé et place une ligature à la soie ou au catgut sur le sac disséqué profondément.

Tous ces procédés sont bons puisqu'ils ont donné de bons résultats. Toutefois l'un d'eux se distingue nettement des autres par sa simplicité d'exécution : c'est celui qui consiste à employer, comme dans les procédés utilisés jusque-là, un simple fil de soie ou de catgut pour enserrer le pédicule du sac. Sans doute, on laisse ainsi au sein des tissus un fil perdu, dont nous avons signalé les inconvénients; mais ces inconvénients n'existent pas quand on emploie un fil résorbable tel que le catgut. L'usage de la soie n'a pas ici d'avantage sur celui du catgut parce que l'accolement des parois du pédicule du sac ne nécessite pas une striction prolongée. C'est donc à la ligature du pédicule du sac au moyen d'un fil de catgut que je donne la préférence sur les procédés de DEFONTAINE, de JONNESCO, de DUPLAY et CAZIN, de FAURE.

La cure radicale de la hernie ne peut plus ainsi être dénommée « sans fils perdus », puisqu'on laisse un fil à demeure sur le sac; mais c'est là une question de dénomination qui me semble avoir peu d'importance.

On peut m'objecter qu'en faisant la ligature simple du sac, je prive mes opérés de l'avantage que donnent, au point de vue de la guérison définitive, la conservation du sac et sa transformation en un véritable bouchon qui renforce la région du canal inguinal.

Dans cet ordre d'idées, j'avais imaginé de tordre le sac un certain nombre de fois sur lui-même et de fixer son extrémité libre avec l'un des fils qui traversaient les parois inguinales (1). J'ai ainsi obtenu de bons résultats; mais j'ai observé deux fois du sphacèle du sac (1).

DEL GRECO (*l. c.*), qui noue le sac suivant un procédé analogue à celui de DUPLAY, a noté deux fois le même accident. POULLET (2) l'a de même observé après l'exécution de son procédé d'autoplastie tendineuse.

Les résultats excellents obtenus par la simple ligature, qui efface tout infundibulum péritonéal au niveau de l'orifice inguinal profond, la plus grande simplicité de ce procédé (3), la suppression des accidents que je viens de citer, m'ont conduit à renoncer aux avantages que peut donner le pelotonnement du sac et à toujours lui préférer la ligature au catgut et la résection du sac.

2° *Consolidation de la paroi inguinale.*— MM. DUPLAY et CAZIN reconstituent le canal inguinal suivant la méthode de BASSINI ; mais les sutures perdues sont remplacées par des sutures temporaires en U; les deux extrémités de chaque fil étant amenées et nouées au niveau de la peau.

M. JONNESCO emploie aussi des fils temporaires en U pour consolider les parois inguinales ; mais, au lieu de suivre la méthode vraie de BASSINI, il place le cordon derrière la paroi postérieure du canal inguinal et reconstitue les deux parois en avant de lui.

M. FAURE suture en surjet les deux lèvres de la paroi inguinale antérieure au moyen des deux bandelettes du sac. Ce procédé peut aussi servir à reconstituer les deux parois inguinales, à condition de placer le cordon derrière la paroi postérieure (4).

M. VILLAR reconstitue les deux parois inguinales par une suture en masse en un seul plan, qui comprend, en outre, la peau (voir plus loin).

Quel est le meilleur de ces procédés ? N'ayant l'expérience que du procédé de VILLAR, je dois accepter l'opinion de ceux qui ont mis les autres en pratique et les déclarent d'une exécution facile.

La suture en un seul plan, telle que l'a conseillée VILLAR, me semble cependant plus simple. La suppression du canal inguinal, son remplacement par un simple orifice sous-pubien situé en un point où les

(1) Ce procédé diffère complètement de celui de C.-B. BALL (Traitement des hernies inguinales par la torsion du sac. *British med. journ.* 1884, t. II, p. 461; 1887, t. II, p. 1872; et 1898, t. II, p. 1479,) qui place une ligature sur le collet du sac après sa torsion et résèque la portion sous-jacente du sac.

(1) J'explique cet accident par la production d'une infection légère qui, trouvant un sac dépourvu de nutrition, détermine son sphacèle.

(2) POULLET. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1894, n° 3.

(3) DUPLAY et CAZIN ont dû renoncer trois fois à employer leur procédé, en raison de l'épaisseur et de la brièveté du sac.

(4) D'après M. FAURE, on pourrait utiliser son procédé pour pratiquer la manœuvre de BASSINI, en se servant de chaque bandelette pour suturer chaque paroi. Mais, pour arrêter le surjet, il faut nouer ensemble les deux bandelettes, et cette manœuvre doit nécessairement comprimer le cordon.

hernies ont peu de tendance à se produire, la production d'un épais plastron par l'accolement des deux parois inguinales renforcées, me semblent être, en outre, en faveur des procédés de JONNESCO et de VILLAR. Je dois cependant ajouter que ce sont là des questions de détail, auxquelles il ne faut pas attacher grande importance.

Quoique mes préférences soient pour le procédé de VILLAR, je conclus donc que tous les procédés de consolidation de la paroi inguinale à fils temporaires sont excellents (1).

Manuel opératoire du procédé de VILLAR.

La veille : purgation, bain savonneux, rasage de la région pubo-scrotale, puis savonnage, frictions avec un tampon imbibé d'une solution de cyanure de mercure à 5 p. 1000 ou de sublimé à 1 p. 1000 et pansement humide boriqué.

Chloroformisation, nouveau savonnage de la région opératoire, puis nettoyage à l'éther, à l'alcool et au cyanure de mercure ou au sublimé. De larges compresses aseptiques entourent le champ opératoire ;

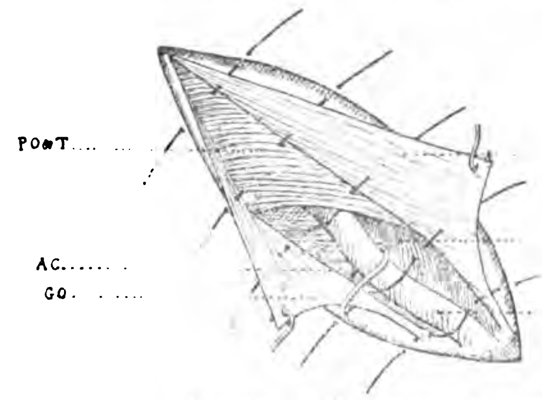
1° Incision oblique de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, correspondant au siège et à la direction du canal inguinal (moins horizontal que ce canal), mesurant six à sept centimètres et ne dépassant pas le bord supérieur du pubis;

2° Section de la paroi antérieure du canal inguinal sur la sonde cannelée introduite par l'anneau inguinal superficiel ; cette section dépasse en haut la limite supérieure du canal inguinal, mais elle n'entame pas les muscles petit oblique et transverse. Chacune des lèvres de l'incision est repérée avec deux pinces hémostatiques.

3° En dilacérant avec les doigts ou en sectionnant prudemment avec les ciseaux les tissus superficiels qui remplissent ce canal inguinal, on parvient à reconnaître et à dénuder le sac qu'on ouvre prudemment d'un coup de ciseaux. L'incision du sac étant agrandie, on inspecte sa cavité. Si elle contient de l'intestin, on le réduit ; si c'est de l'épiploon, on l'attire jusqu'à ce qu'on sente de la résistance, on place une ligature entrecroisée ou en chaîne à la soie plate, on le résèque, puis on le réduit.

4° On dissèque, avec les doigts, le sac, en ayant soin de ne garder que la séreuse. La dissection est poussée très haut, jusqu'à ce qu'on aperçoive la graisse sous-péritonéale, grâce aux tractions des pinces hémostatiques qu'on a placées sur les lèvres de l'incision du sac. Si le sac descend très bas dans le scrotum ou renferme le testicule, on le sectionne circulairement au niveau du canal inguinal et on ne s'occupe plus, pour le moment, que de la partie supérieure du sac, dont on a repéré la nouvelle ligne de section avec deux ou trois pinces hémostatiques. Tout en continuant les tractions sur le sac et en le tordant légèrement, on traverse son pédicule avec un fil de catgut n° 2 et on exécute le nœud du meunier. La partie sous-jacente du sac est alors réséquée.

Quant à la portion inférieure du sac qu'on a laissée dans les bourses, on la dissèque rapidement et on



AC, arcade crurale.— C, cordon.— GO, aponévrose du grand oblique.— PO et T, petit oblique et transverse. — TC, tendon conjoint.

l'extirpe. Si le sac renferme le testicule, on ne dissèque que sa partie supérieure qu'on excise et on laisse la portion inférieure pour fermer une vaginale ; un surjet au catgut ferme cette vaginale.

5° Avant de pratiquer la suture, on libère la face postérieure des muscles petit oblique et transverse sur une hauteur de deux à trois centimètres et on saisit leur bord inférieur avec une pince de KOCHER. Le cordon spermatique est abandonné dans la profondeur. La main droite saisit une aiguille très courbe monté à angle droit sur un manche. L'aiguille pénètre la lèvre supérieure de la peau près de son

(1) Je fais une exception pour le procédé de FAURE, car je me demande si les tractions exercées sur les lanières du sac pour suturer solidement les parois inguinales n'ont pas pour résultat d'attirer le pédicule du sac et de produire un infundibulum, au niveau de l'orifice inguinal profond. Cette objection, que faisait récemment M. LAMBRET (Cure radicale des hernies inguinales. Perfectionnement au procédé DUPLAY-CAZIN-FAURE. *Echo méd. du Nord*, 1898, p. 152) est sans doute théorique et ne peut s'appuyer sur aucun fait, puisqu'on n'a jusque-là observé aucune récidive après les opérations. Je la considère cependant comme très plausible ; et, si j'avais à employer le procédé de FAURE, je lui ferais subir la modification proposée par LAMBRET et qui n'est autre que le procédé de KOCHER, décrit par M. FOLET (A propos de la cure opératoire des hernies. Petit procédé de KOCHER. *Echo méd. du Nord*, 1897, p. 433) : « On amène et on fixe le collet du sac dans une boutonnière pratiquée dans la paroi musculaire de l'abdomen, à quelque distance au-dessus du canal inguinal, dans l'axe et au-dessus des piliers. »

extrémité supérieure et à cinq à huit millimètres de son bord libre (1) ; elle traverse le tissu cellulaire, puis la lèvre supérieure de l'aponévrose du grand oblique à une grande distance de son bord libre, grâce aux tractions que l'aide exerce sur les pinces qui jalonnent ce bord ; elle traverse ensuite les muscles petit oblique et transverse à 2 centimètres au moins de leur bord inférieur, grâce aux tractions que l'aide exerce sur la pince qui jalonne ce bord. L'index gauche de l'opérateur appuyant sur le cordon et protégeant les tissus profonds (vaisseaux iliaques externes), l'aiguille traverse, de la profondeur vers la superficie, l'arcade crurale et une forte épaisseur de la lèvre inférieure de l'aponévrose du grand oblique, grâce aux tractions que l'aide exerce sur les pinces qui jalonnent cette lèvre ; elle traverse enfin la lèvre inférieure de la peau à 5 ou 8 millimètres de son bord libre et en un point correspondant à celui où elle a pénétré la lèvre supérieure (2). Un crin solide ou double est placé dans le chas de l'aiguille, puis celle-ci est retirée.

Les autres points de suture sont placés de la même façon en dessous du précédent et séparés par une distance de 8 à 10 millimètres. Leur nombre varie avec la longueur de la plaie ; mais il est en général de 5.

Les fils inférieurs traversent le tendon conjoint et les piliers inguinaux. Le dernier fil est placé de telle façon que l'orifice qui donne passage au cordon soit suffisant pour que celui-ci ne subisse pas de compression. Les deux chefs de chaque fil sont alors serrés en commençant par le supérieur (3). Quelques crins superficiels assurent un affrontement exact des lèvres de la plaie ;

6° Le pansement se compose : 1° de trois ou quatre épaisseurs de gaze aseptique dont les bords sont maintenus accolés à la peau par du collodion ou de l'adhésol (4) ; 2° d'une couche d'ouate hydrophile ; 3° d'une couche épaisse d'ouate ordinaire. Le tout est maintenu par un double spica, dans lequel on intercale une large pièce de toile imperméable (Mackintosh, par exemple), recouvrant la région pubo-scrotale et présentant une ouverture pour le passage de la verge.

Les fils de suture sont retirés du neuvième au douzième jour. L'opéré n'a pas besoin de porter un bandage.

(1) En traversant ainsi la peau près de son bord libre, on assure un rapprochement plus intime des tissus. La cicatrice cutanée est en outre, moins disgracieuse.

(2) Cette manière de passer l'aiguille est préférable à celle qui consiste à la conduire de la lèvre inférieure vers la lèvre supérieure de la plaie. Elle est plus commode et elle met certainement à l'abri de la blessure les vaisseaux iliaques externes au moment où l'aiguille traverse l'arcade de Fallope, puisque cette aiguille pénètre l'arcade de la profondeur vers la superficie pendant que l'index gauche déprime et protège les tissus profonds. Mais cette manœuvre ne peut être faite avec une aiguille dont la direction est celle du manche qui la soutient.

(3) La striction des fils doit être moyenne : suffisante pour amener en contact intime les tissus ; insuffisante pour déterminer du sphacèle.

(4) Je donne une grande importance à cette petite précaution, qui empêche la gaze de quitter la surface de la plaie sous l'influence des mouvements du malade et malgré un spica très serré.

Observations personnelles de cure radicale de hernie inguinale par le procédé de Villar (1).

Observation I. — Ch..., 52 ans. — En 1890, cure radicale d'une hernie inguinale droite qui existait depuis 18 ans. Bandage depuis l'opération. Deux ans après, le malade constate que la hernie s'est reproduite et présente à ce moment le volume d'une grosse noix.

Etat actuel. — Hernie inguinale droite, scrotale, réductible, déterminant des douleurs. Petite hernie ombilicale. Adipose sous-cutanée très développée. Bronchite chronique. Le malade voulant absolument être opéré, je cède à ses instances, mais à regret.

Opération, 4 décembre 1897. — Sac mince, très adhérent dans la région de l'anneau inguinal superficiel. La paroi antérieure du canal inguinal n'avait pas été incisée au cours de la première opération. Le canal est très dilaté et renferme une grande quantité de graisse. La hernie est formée par l'intestin avec des appendices intestinaux graisseux, très adhérents au sac. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

11 décembre. — Ablation des fils : désunion assez profonde des lèvres de la plaie avec écoulement séreux louche. Pulvérisations phéniquées. Pansements au vin aromatique. — 1er janvier. On enlève encore des débris de tissus sphacélés. — Le 20 février, la cicatrisation est complète. — Janvier 1899 : la cicatrice est très résistante.

Observation II. — S..., 49 ans, terrassier. — Apparition d'une hernie inguinale droite à l'âge de 19 ans. Pas de bandage pendant 5 ans. Puis nécessité de porter un bandage en raison de la gêne causée par la hernie. Depuis 2 ans, la hernie est irréductible.

Etat actuel. — Hernie scrotale droite, du volume d'une tête de fœtus, tenace, irréductible. — Circulation veineuse sous-cutanée très développée. — La saillie de la verge a presque disparu. Le malade tousse fréquemment et j'ai refusé de l'opérer il y a quelques semaines.

Opération, 8 janvier 1898. — Incision prudente en raison de la possibilité d'adhérences intestinales, qui n'existent pas. Le sac renferme une grande quantité

(1) Toutes ces observations concernent des malades (hommes) que j'ai opérés dans le service de mon maître, M. Ch. Monod, qui avait bien voulu me les confier. La plupart des opérés ont été revus récemment par mes amis et anciens collègues, MM Blanc et Pasteau.

Pour éviter des répétitions inutiles, je renvoie pour le manuel opératoire de chaque intervention à la description détaillée que j'ai donnée plus haut. Je me bornerai à signaler les particularités de chaque cas.

d'épiploon, de nombreuses anses grêles, le cœcum, l'appendice, le côlon ascendant. Résection de l'épiploon après cinq ligatures en chaîne. Réduction assez facile de l'intestin après agrandissement au bistouri de l'orifice inguinal profond. Dissection facile du sac qui est très épais. Surjet au catgut sur les lèvres d'incision du péritoine; le même fil sert à lier le pédicule du sac que j'ai préalablement fait tordre. Petit drain allant du péritoine à l'extrémité inférieure de la plaie cutanée. Trois crins profonds, passant au dessus du drain, sont passés comme d'habitude. Un surjet au catgut réunit les lèvres de la peau. — Durée : une heure quinze minutes.

Suites très simples. — 10 janvier. Suppression du drain ; l'écoulement de sang par le drain aurait été assez abondant. — 15 janvier : ablation des fils. Bonne réunion. — Mai : Cicatrice très résistante. Le malade a repris son travail. — Octobre : Même état. Janvier 1899 : Idem.

Observation III. — T. ., 22 ans, charpentier. — S'aperçut, à l'âge de 12 ans, de l'existence d'une hernie gauche, descendant dans les bourses. La hernie a toujours déterminé des douleurs, parfois très vives. Elle a toujours été irréductible. Pas de bandage. Depuis cinq mois, troubles gastriques.

Etat actuel. — Hernie scrotale, mate, irréductible.

Opération, 4 février 1898. — Le sac renferme une grande quantité d'épiploon très adhérent, surtout dans sa portion scrotale. En raison de la difficulté de la libération de la partie scrotale de l'épiploon, on en abandonne une petite portion après ligature. Le reste de l'épiploon est réséqué. Cinq crins profonds sur les parois inguinales. Surjet au catgut sur la peau.

14 février : Ablation des fils. Bonne réunion. Léger gonflement profond au niveau des bourses gauches. — 14 avril : Souffre un peu au niveau des bourses. On trouve dans les bourses gauches un noyau dur, du volume d'un petit œuf, sus-jacent au testicule et absolument indépendant de lui. C'est évidemment la portion d'épiploon laissée. Cicatrice chéloïdienne solide; mais pas d'induration profonde. En examinant la région inguinale à l'aide du doigt coiffé de la peau du scrotum, il semble qu'on sente un peu d'impulsion à ce niveau sous l'influence de la toux. — Octobre 1898 : Le malade m'écrit qu'il ne souffre plus, qu'il jouit d'une excellente santé ; mais la nodosité des bourses persiste et le tracasse, bien qu'elle ne soit plus douloureuse. — Février 1899 : Même état. La paroi inguinale est solide.

Observation IV. — A ..., 19 ans, miroitier. — Hernie depuis l'enfance.

Etat actuel. — On sent le testicule droit au niveau de l'orifice inguinal externe : il est mobile et peut être amené à la partie supérieure des bourses ou repoussé dans le canal inguinal. Hernie inguinale droite, descendant dans les bourses lorsque le malade est debout et atteignant le volume du poing. Aucune douleur.

Opération, 24 novembre 1897. — Sac renfermant le testicule, très mince et très adhérent aux éléments du cordon; déchiré à plusieurs reprises. On laisse la portion scrotale du sac sans la suturer. Après avoir rompu ou sectionné une série de brides filamenteuses situées dans le cordon, on peut abaisser le testitule après avoir creusé le scrotum ; pas de fil de fixation. Quatre crins sur les parois inguinales, intéressant les portions fibreuses du cordon.

2 décembre : Ablation des fils. Un peu de suppuration. — 23 décembre : Cicatrisation complète. Cicatrice solide. Testicule fixé à la partie supérieure du scrotum. — 11 janvier : Même état Induration notable, sous jacente à la cicatrice qui est très solide et ne se distend pas sous l'influence de la toux. — Octobre 1898 : Même état.

Observation V. — R..., 47 ans, jardinier. — Hernie inguinale gauche depuis une quinzaine d'années, réductible. Pas de bandage.

Etat actuel. — La hernie fait une forte saillie à la partie supérieure des bourses ; elle est mate et réductible.

Opération, 26 novembre 1897. — Le sac est entouré complètement par une masse graisseuse très épaisse qui lui forme une véritable gaine et lui est très adhérente. Le sac est vide. Le canal inguinal n'existe, pour ainsi dire, plus, car ses deux orifices sont presque confondus. Suture des parois inguinales avec cinq crins profonds Alerte respiratoire pendant l'opération.

6 décembre : Ablation des fils. Bonne réunion. — 18 décembre : La cicatrice est très solide. — 4 janvier 1898 : La cicatrice, qui est légèrement déprimée, est très solide, ne subissant aucune impulsion sous l'influence de la toux. Profondément on sent, le long de la cicatrice, une induration notable. — 15 octobre : Excellente cicatrice, ne subissant aucune impulsion.

Observation VI. — C..., 16 ans, moulurier. — Il y a quinze jours, au moment d'un effort, le malade ressentit une douleur dans l'aine droite. Quelques jours après, il s'aperçut de la présence d'une petite tumeur à ce niveau.

Etat actuel. — Hernie inguinale droite, n'apparaissant que sous l'influence de la toux et ne descendant pas dans les bourses.

Opération, 27 décembre 1897. — Le sac est vide. Trois crins profonds sur les parois inguinales.

6 janvier : Ablation des fils ; bonne réunion. — 1er février : Cicatrice résistante ; induration profonde. — Octobre 1898 : Bonne cicatrice ; pas d'impulsion sous l'influence de la toux.

Observation VII. — A..., 53 ans. — Hernie inguinale gauche depuis 7 ou 8 ans.

Etat actuel. — Hernie scrotale, mate, réductible.

Opération, 21 décembre 1897. — La paroi antérieure du canal inguinal est très mince. Le sac renferme une grande quantité d'épiploon qu'on résèque après ligature entrecroisée à la soie ; on doit ensuite pratiquer une seconde ligature en masse parce qu'un point saigne au niveau du pédicule. Le sac, très adhérent, est déchiré à plusieurs reprises pendant la dissection.

Au lieu d'une ligature sur le pédicule du sac, on fait une suture en surjet à la soie sur ce pédicule qui est très large. La partie inférieure, scrotale, du sac, qui est extrêmement adhérente, est abandonnée. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

29 décembre. — La température ayant atteint 38° pendant deux ou trois jours, on défait le pansement et on enlève les fils. Au niveau des deux tiers supérieurs de la plaie existe un peu de sphacèle superficiel La cicatrisation n'est pas complète avant le 29 janvier. A ce moment, la cicatrice est solide : l'induration sous-jacente est peu considérable. On constate la présence d'une hernie inguinale droite. — Octobre 1898 : La cicatrice est résistante.

Observation VIII. — A..., 42 ans, employé. — Hernie inguinale gauche depuis seize ans. Bandage. Depuis deux ans la hernie est irréductible.

Etat actuel. — Hernie scrotale, du volume d'une orange, mate, irréductible.

Opération, 23 décembre 1897. — On trouve en avant des éléments de la hernie un voile musculaire peu épais qui semble prolonger en bas le petit oblique et le transverse ; on le sectionne verticalement et, au moment des sutures, on le traverse avec les crins profonds. Le sac renferme une grande quantité d'épiploon chargé de graisse et très adhérent au niveau des bourses ; ligature entrecroisée sur le pédicule épiploïque, puis ligaturé en masse, de sûreté. La ligature du pédicule du sac est faite à la soie au lieu de catgut. Six crins profonds sur les parois inguinales.

1er janvier : La température étant montée à 38 2 et 38°5, on défait le pansement et on enlève les fils. Bonne réunion, sauf à la partie moyenne de la plaie, où il y a un peu de sphacèle superficiel. — 29 janvier : La cicatrisation est complète. — 23 février : Cicatrice excellente. — Octobre : Idem.

Observation IX. — M..., 35 ans. — A l'âge de 3 ans, le malade commença à porter un bandage inguinal double A 14 ans, le médecin fait supprimer le bandage pour permettre la descente des deux testicules : mais ceux-ci restent dans le canal inguinal.

Le 8 février 1897, la hernie gauche s'étrangle et est opérée dans le service de M. Monod : On fait la manœuvre de Bassini, on descend et on fixe le testicule au fond des bourses.

Le 9 février 1898, je pratique la cure radicale de la hernie droite suivant le procédé habituel. Le sac très mince est déchiré à plusieurs reprises. Quatre crins profonds. — L'épididyme et le canal déférent descendaient à la partie supérieure des bourses ; le testicule était dans le sac herniaire, au niveau du canal inguinal. On parvint à amener le testicule au niveau de la partie supérieure des hanches après avoir rompu les tractus fibreux du cordon : on ne plaça pas le fil de fixation. Malgré le déroulement de l'épididyme, on ne put abaisser davantage le testicule, parce que les vaisseaux spermatiques, au lieu de suivre le trajet du canal déférent et de l'épididyme, se rendaient directement au testicule.

18 février : Ablation des fils. Bonne réunion. — 28 février : Cicatrice résistante avec une induration sous-jacente considérable. Le testicule droit est situé en avant du pubis. — 2 avril : Cicatrice très solide des deux côtés. Induration profonde à droite. Le testicule droit est en avant du pubis ; on ne sent pas le testicule gauche. — Octobre : Le malade travaille chaque jour de six heures du matin à sept heures du soir.

Observation X. — S..., 18 ans, opticien. — Hernie inguinale gauche, dont le malade s'est aperçu il y a un mois et demi. Pas de bandage. La hernie descend dans le scrotum pendant l'effort violent, puis se réduit spontanément.

Opération, 8 février 1898. — Le sac est vide. 4 crins profonds qu'on serre sur un long rouleau de gaze aseptique après avoir fait une suture intra-dermique au crin.

17 février : Ablation des fils ; excellente réunion. — 27 février : Cicatrice solide, ne subissant aucune impulsion. Induration profonde, moins accusée que d'ordinaire. — Octobre : Cicatrice légèrement chéloïdienne, très résistante.

Observation XI. — F..., 24 ans, employé. — Hernie inguinale droite depuis un temps inconnu.

Etat actuel. — Hernie scrotale droite ; anneau inguinal peu dilaté. Impulsion par la toux au niveau de l orifice inguinal gauche.

Opération, 12 février 1898. — Trois crins profonds sur les parois inguinales. Suture intra-dermique au crin. Les crins profonds sont noués sur un rouleau de gaze.

21 février : Ablation des fils. Excellente réunion. — 20 mars : Cicatrice résistante. Induration profonde sous-jacente. — Octobre 1898 : Même état.

Observation XII. — C..., 34 ans, maçon — Hernie inguinale gauche depuis 6 ans. Pas de bandage.

Etat actuel. — Bubonocèle gauche. Pas de hernie à droite.

Opération, 1er décembre 1897. — Résection d'un appendice graisseux adhérent au sac. On l'avait pris d'abord pour l'épiploon, mais c'était un appendice du gros intestin. L'intestin est adhérent au sac par son méso près du collet du sac (hernie par glissement).

Cinq crins profonds sur les parois inguinales ; l'un d'eux ayant cassé est replacé avec difficulté.

9 décembre. – Ablation des fils. Suppuration superficielle. — 23 janvier : Cicatrice solide.

Observation XIII. — R..., 48 ans, polisseur. Hernie inguinale droite depuis dix-huit mois. Pas de bandage.

Etat actuel. — Hernie scrotale, réductible. Orifice inguinal très dilaté.

Opération, 15 décembre 1897. — Le sac, mince et très adhérent, renferme un peu de sérosité. Au niveau du collet du sac se trouve l'épiploon qu'on attire et qu'on résèque après ligature. La portion scrotale du sac, trop adhérente, est laissée après avoir été touchée

avec un tampon imbibé d'une solution d'oxycyanure de mercure à 5 p. 100). Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

La nuit suivante, le malade a de la diarrhée (sept selles) avec du melœna. On lui donne cinq centigrammes d'opium. — 26 décembre : Ablation des fils. Bonne réunion, sauf au niveau du tiers supérieur de la plaie où il y a un léger décollement superficiel. — 20 février : cicatrice très résistante, ne se distendant pas sous l'influence de la toux. Induration profonde le long de la cicatrice. Le malade a repris son travail depuis quinze jours, après être resté quinze jours en convalescence à l'asile de Vincennes.

Observation XIV. — R..., 18 ans, cocher. — Il y a 8 ans, apparition d'une hernie inguinale gauche, descendant dans les bourses dès sa production. Aucune douleur.

Etat actuel. — Hernie scrotale, sonore, molle, réductible. Orifice inguinal superficiel très dilaté.

Opération, 29 novembre 1897 — La paroi antérieure du canal inguinal est très faible. Le sac ne renferme que de l'épiploon, adhérent en un point. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

Jours suivants : Congestion pulmonaire intense. 10 décembre : Ablation des fils ; suppuration et sphacèle. 6 février : Cicatrice cutanée large de 5 millimètres environ, légèrement déprimée, très solide : la dépression s'accentue au moment des efforts de toux et la cicatrice ne se distend aucunement. Le malade a repris son travail depuis plusieurs jours.

Observation XV. — F..., 21 ans, serrurier. — Hernie depuis l'âge de 6 ou 7 ans. Bandage, qui ne maintient pas bien la hernie.

Etat actuel. — Hernie inguinale droite, scrotale, volumineuse, mate, non complètement réductible.

Opération, 13 décembre 1897. — Epiploon très abondant, attiré et réséqué après ligature en chaîne (trois fils de soie). Le sac, qui est testiculaire, renferme un peu de liquide séreux ; il est mince et adhérent. Résection du sac après ligature à la soie. La portion testiculaire est fermée par une ligature à la soie. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

24 décembre : Ablation des fils. — 2 février : Cicatrice légèrement déprimée, très solide ; induration sous-jacente peu considérable.

Observation XVI. — D..., 49 ans, carrier. — Depuis 6 ou 7 mois hernie droite, gênante, mais peu douloureuse.

Etat actuel. — Hernie droite, scrotale, sonore, incomplètement réductible. Bubonocèle gauche, dont le malade ignorait l'existence et qui ne le gêne pas.

Opération, 10 janvier 1898. — L'intestin est adhérent au sac. Croyant qu'il s'agit d'une adhérence inflammatoire, on déchire légèrement la bride, ce qui amène un écoulement notable de sang. On s'aperçoit alors qu'il s'agit du mésocœcum et de la partie inférieure du mésocôlon ascendant qui ont glissé dans le trajet herniaire. Le cœcum, l'appendice recourbé et une partie du côlon ascendant sont dans le sac. Surjet au catgut sur la déchirure du méso. On réduit avec l'intestin la partie supérieure du sac. Fermeture du péritoine avec un surjet au catgut.

18 janvier : Ablation des fils. Bonne réunion. — 5 février : Sortie de l'hôpital. Cicatrice solide. — Le malade n'a pas été revu.

Observation XVII. — J..., 59 ans, tourneur en cuivre. — Il y a 6 mois, apparition d'une hernie gauche qui a progressivement augmenté de volume. Douleurs pendant la marche, devenues très fortes depuis quelques mois.

Etat actuel. — Hernie scrotale gauche réductible. Kyste de l'épididyme gauche.

Opération, 24 décembre 1897. — Sac vide. Ligature à la soie sur le sac. On laisse une petite portion du sac qui est très adhérente au niveau du scrotum. Six crins profonds sur les parois inguinales.

1er janvier : Ablation des fils. Bonne réunion. — 2 février : Cicatrice solide, se rétractant au moment des efforts. Induration sous-jacente peu considérable.

Observation XVIII. — Y..., 23 ans. — Un frère avait une hernie.

Il y a huit mois, à la suite d'un effort, apparition d'une tuméfaction dans la région inguinale droite. Bandage depuis cette époque.

Etat actuel. — Bubonocèle.

Opération, 25 novembre 1897. — Deux ligatures sur deux veines du cordon déchirées pendant la dissection du sac. Quatre crins profonds sur les parois inguinales.

3 décembre : Ablation des fils. Bonne réunion ; mais les sillons des fils sont profonds. — 8 janvier : Est envoyé guéri à l'asile de Vincennes. La cicatrice est résistante. Le malade n'a pas été revu.

Observation XIX. — D..., 18 ans, peintre en bâtiments. Il y a cinq mois, D. s'aperçoit de l'existence dans les bourses droites d'une grosseur, qui apparaît pendant la marche et disparaît dans le décubitus dorsal.

Etat actuel. — Hernie inguinale droite, scrotale, du volume d'un œuf, n'apparaissant que quand le malade fait un effort et se réduisant aussitôt.

Opération, 12 novembre 1897. — Le sac présente un diverticule scrotal important, réuni au reste du sac par un orifice punctiforme ; le sac est indépendant de la vaginale. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

21 novembre : Ablation des fils. Bonne réunion. — 11 décembre : Cicatrice très résistante. On sent profondément une induration notable le long de la cicatrice. — Le malade n'a pas été revu.

Observation XX. — J..., 29 ans, fleuriste. — Le père du malade avait une hernie inguinale. — Hernie inguinale gauche depuis un an ; pas de bandage.

Etat actuel. — Hernie scrotale gauche, mate, réductible, donnant au palper la sensation d'un corps gra-

nuleux. L'orifice inguinal externe, dont les bords sont très minces, permet l'introduction du doigt. — A droite, existe une pointe de hernie.

Opération, 29 janvier 1898. — Le sac renferme de l'épiploon non adhérent qu'on résèque après tractions et ligature à la soie. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

Pendant les jours suivants le malade est agité et nerveux. Purgation le deuxième jour : Selle. Les jours suivants lavements et selles. — Le 4 février l'agitation augmente ; pas de selle malgré un lavement. Le soir, vomissements abondants : le facies n'est pas bon. — Le 5 février au matin, facies très mauvais, yeux excavés, parole brève, vomissements fécaloïdes. La plaie a bon aspect. Le malade meurt au moment où on se disposait à l'opérer.

Autopsie. — Torsion de l'intestin grêle sur son axe à cinq centimètres du cœcum. Dilatation des anses grêles. La détorsion est facile et permet aussitôt le passage des gaz. — Aucune trace d'infundibulum au niveau de l'orifice inguinal profond du côté opéré.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Société de chirurgie. — La discussion reprend sur la valeur de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. M. Richelot est plutôt pessimiste : Ce n'est pas, dit-il, la chirurgie qui trouvera la guérison du cancer et il est bien douteux que la médecine y réussisse par l'invention d'un sérum et l'atténuation d'un microbe introuvable. Alors ? .. Heureusement, M. Richelot nous donne lui-même le correctif. Il a eu des survies de six et même douze ans..... C'est donc que la chirurgie a tout de même du bon.

Société médico-chirurgicale. — Une bonne nouvelle !... M. Bloch a trouvé un nouveau signe de la sclérose en plaques. C'est le « signe du balancier ». Le malade placé, non, arcbouté sur un meuble, les jambes en demi-flexion, se relève et s'abaisse automatiquement sans pouvoir ralentir ses mouvements.

Analyses de Mémoires français & étrangers

Des névralgies et tics de la face dans leurs rapports avec un état pathologique des voies lacrymales, par le Dr Bettremieux, de Roubaix (1).

J'ai soigné à partir d'avril 1897 un malade atteint de tic douloureux de la face. Cette affection remontait à plusieurs années ; la résection du bord alvéolaire avait donné une rémission de neuf mois suivie de rechute.

Consulté pour une affection des voies lacrymales, j'ai constaté à la suite des soins que j'ai donnés, une amélioration progressive des symptômes du tic douloureux et bientôt la guérison complète qui se maintient depuis près de deux ans et demi.

J'ai recherché la relation pouvant exister entre un état anormal des voies lacrymales et les différentes formes de névralgies et de tics de la face qui se sont présentés à mon observation. Je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Les névralgies et les tics de la face peuvent avoir leur point de départ dans une lésion de la muqueuse lacrymo-nasale.

Cette lésion peut être superficielle, ne pas s'accompagner de larmoiement, permettre le passage de l'injection, de sorte que la relation entre la cause et l'effet n'apparaît pas dans certains cas, il faut la chercher.

La meilleure conception des névralgies et des tics de la face est, à mon avis, celle qui consiste à les considérer comme des reflexes pathologiques, et avant de recourir aux moyens chirurgicaux ayant pour but d'interrompre le circuit réflexe il me paraît indiqué de rechercher avec soin, notamment du côté des voies lacrymales, le point de départ de ce réflexe.

(1) Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Boulogne-sur-Mer.

VARIÉTÉS

Bel exemple pour la repopulation

Dans une propriété du comte Potocki, en Pologne, vivait tendrement unie, une nombreuse famille composée de trois générations. Un jour la fille devint enceinte. La mère aussi. Et aussi la grand'mère. Toutes les trois à la fois. Lorsque les temps furent accomplis, la fille, la mère et la grand'mère donnèrent chacune le jour à un gros et beau garçon. — La fille eut ainsi un fils, un frère et un oncle; la mère eut un fils, un petit-fils et un frère, et la grand'mère devint bisaïeule, aïeule et mère.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Premier Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale

Un Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, institué par arrêté ministériel en date du 11 juin 1898, doit se tenir à Paris au cours de l'Exposition Universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus.

Ce Congrès comprendra quatre sections :

1re Section. — Président : M. André (de Toulouse) ; secrétaires : MM. Poitou-Duplessis et Ducor. — Des Rapports du médecin avec les collectivités (Etat ou collectivités autres que l'Etat : Des lois réglementant l'exercice de la médecine ; Les médecins et l'Assistance publique, etc., etc. ; Grandes Compagnies ; Sociétés d'exploitations industrielles, etc., etc.).

2e Section. — Président : M. Queirel (de Marseille) ; secrétaires : MM. Tapie et Doury. — Des Rapports du médecin avec les individualités (Clients, etc., auxiliaires du médecin, etc., exercice illégal de la médecine).

3e Section. — Président : M. Lacassagne (de Lyon) ; secrétaires : MM. Dignat et Millon. — Des Rapports du médecin avec ses confrères (Déontologie).

4e Section. — Président : M. Gross (de Nancy) ; secré-

taires : MM. Cayla et Piot. — Des Œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicales.

Les *Communications*, dont un résumé devra être envoyé au secrétaire général du Congrès le plus tôt possible et de toute façon *avant le 1er juillet 1900*, pourront être faites en français, anglais ou allemand. Les communications qui seraient faites en toute autre langue que le français, devront être accompagnées d'un résumé de vingt lignes rédigé en français, lu en séance et imprimé aux comptes rendus.

Outre les communications faites en séances de section, les membres du Congrès auront à discuter sept *rapports* qui, imprimés et distribués à l'avance aux congressistes, seront lus en séances générales. Ces rapports auront trait aux questions suivantes :

1° *Des principes fondamentaux de la déontologie médicale ;* — Rapporteur : M. Grasset (de Montpellier) ;

2° *De l'exercice illégal de la médecine ;* — Rapporteur : M. Descouts (de Paris) ;

3° *Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales ;* — Rapporteur : M. Lande (de Bordeaux) ;

4° *Des œuvres de défense professionnelle ;* — Rapporteur : M. Porson (de Nantes) ;

5° *Relations des médecins avec les mutualités ;* — Rapporteur : M. Cuylits (de Bruxelles) ;

6° *Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent ;* — Rapporteur : M. Pollak (de Vienne) ;

7° *Organisation de la Ligue des médecins de Hongrie ;* — Rapporteur : M. Jendrassik (de Budapest).

Les Rapports imprimés en français seront accompagnés d'un résumé en allemand et en anglais.

La cotisation, fixée à 15 francs, doit être adressée au trésorier général, M. P. Masson, éditeur, *120, boulevard Saint-Germain, Paris.*

Outre les avantages réservés d'ordinaire aux adhérents aux Congrès officiels, elle donne droit à d'importantes réductions sur le tarif des chemins de fer français. Une circulaire ultérieure, donnant les renseignements nécessaires à cet égard ainsi que le programme complété des travaux du Congrès, sera envoyée avec leur carte d'adhérent aux médecins qui auront fait parvenir à temps leur adhésion.

Des commissions locales de propagande fonctionnent à l'heure actuelle dans tous les principaux centres médicaux et dans les départements en France.

Des Comités nationaux sont actuellement constitués et fonctionnent à l'étranger.

Une circulaire générale avec bulletin d'adhésion sera adressée à tous les médecins de France et à un grand nombre de médecins étrangers, particulièrement dans le courant des mois de novembre et décembre 1899 et dans le courant de l'année 1900.

Nous prions instamment les médecins praticiens de prendre avec soin connaissance de cette circulaire, que l'on voudra bien réclamer en cas d'oubli, et d'envoyer au trésorier, le plus tôt possible, le bulletin d'adhésion signé.

Adresse du Bureau du Congrès :
Librairie MASSON & Cie, 120, boulevard St-Germain, Paris

Le Bureau du Congrès est ainsi composé :

Président : M. L. Lereboullet, rue de Lille, 44, Paris.

Vice-Présidents : MM. Grasset, Montpellier ; R. Jamin et Le Baron, Paris ; Porson, Nantes.

Secrétaire général : M. Jules Glover, rue du Faubourg-Poissonnière, 37, Paris.

Secrétaire général adjoint : M. P. Gastou, Paris.

Trésorier général : M. P. Masson, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Dans le Comité de patronage français nous trouvons et nous signalons comme intéressant notre région, MM. Blanquinque, de Laon ; Desprez, de Saint-Quentin ; Walmé, de Chauny, pour l'Aisne. MM. Gairal, de Carignan ; Hamaïde, de Fumay, pour les Ardennes. M. Dubar, de Lille, pour le Nord. M. Lestocquoy, d'Arras, pour le Pas-de-Calais. M. Boussavit, d'Amiens, pour la Somme.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Distinction honorifique

M. le docteur Debierre, professeur d'anatomie à la faculté de médecine, adjoint au maire de Lille, est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur*. Nous adressons à notre collègue tous nos compliments pour la distinction qu'il obtient.

Distinctions honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés : *Officier* : M. le docteur Lereboullet, de l'Académie de médecine ; *Chevaliers* : MM. les docteurs Picot, professeur à la Faculté de Bordeaux ; Albarran, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Widal, médecin des hôpitaux de Paris ; Godon, directeur de l'école dentaire de Paris ; Aubin, de St-Cézaire (Alpes-Maritimes) ; Fabre, d'Alais (Gard) ; Pujade, d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales) ; Despaux, de Crouy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne) ; Thiroux, médecin des colonies ; Aigre, de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; Roquemaure, médecin de 2e classe de la marine.

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur J. E. Weil, de Paris ; Darier, médecin des hôpitaux de Paris ; Géraud, médecin-major à Tunis.

Médaille d'honneur des épidémies. — Est décernée la médaille d'honneur des épidémies à MM. Mettetal, Millet (mort depuis) et Mainguy, internes des hôpitaux de Paris ; Dionis-du-Séjour et Guibal, externes.

Officier d'Académie. — Sont nommés : MM. les docteurs Champy, d'Uzeman (Vosges) ; Gros, d'Ecouen (Seine-et-Oise) ; Daraignez, de Mont-de-Marsan (Landes) ; Désesquelle, Toulouse, Olivier et Pouget, de Paris ; Huber, d'Amiens (Somme) ; Fleurot, de Précy-sur-Thil (Côte-d'Or) ; Plantier, de Moreuil (Somme) ; Aubilan, maire de Borderès (Hautes-Pyrénées) ; MM. Macquart, Caron et Piolaine, administrateurs des hospices de Lille, à qui la rédaction de l'*Echo* adresse toutes ses félicitations pour ces distinctions méritées.

Mérite agricole. — Sont nommés : *Officier* : M. le docteur Reunier, de La Mure (Isère) ; *Chevaliers* : MM. les docteurs Heim, de Paris ; Franceschi, de Centuri (Corse) ; Cacarrié, de St-Priest-la-Roche (Loire) ; Regnault, de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Métaxas, de Marseille (Bouches-du-Rhône); Thierry, de Contrexéville (Vosges); Quélet, d'Hérimoncourt (Doubs) : Didiergeorges, de Bruyères (Vosges); Frémoy, d'Ollioules (Var); Gérard, de Bourgueil (Indre-et-Loire); Thibaut, de Rouen (Seine-Inférieure); Gilbert, de Malicorne (Sarthe); Ernest Giraud, de Grenoble (Isère); Gilles, de Tours (Indre-et-Loire); Ollivier, de St-Martin d'Entraumes (Alpes-Maritimes); Vaissaitte, de Nyons (Drôme); de Crévoisier d'Hurbach, de Briey (Meurthe-et-Moselle); Sénac, de Cours (Rhône); Labat, de Manzac (Dordogne); Arnaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon (Var); Larricq, d'Orthez (Basses-Pyrénées); Mathieu, de Thin-le-Moutier (Ardennes); Berrez, de l'Hermenault (Vendée); Bodeau, de Niort (Deux-Sèvres); Junca, de la Grave d'Ambarès (Gironde); Chrétien, de Paris; Mauricet, de Vannes (Morbihan); Ferron, directeur du service de santé du XIIIe corps, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); Fallier, médecin principal de la marine en retraite, à Brest; Moreau, de Paris; Kestner fils, de Mulhouse (Alsace-Lorraine); Guillabert, ancien médecin de la marine; Maydieu, d'Argent (Cher); Macé, professeur honoraire de pharmacie à l'Ecole de Reims; Chopart, de Vichy (Allier).

Robert, de Ligny-en-Cambrésis (Nord); Brucant et Fleury de la Vallée, d'Amiens (Somme), morts de la fièvre typhoïde qui sévit dans cette ville; nous adressons à la famille de ces confrères l'expression de nos bien vives condoléances.

MM. les professeurs Bunsen, d'Heidelberg, inventeur de la pile électrique de ce nom : Stœrk, professeur de laryngologie à Vienne.

MM. Demerson, externe des hôpitaux de Paris; Mocquery, étudiant à Dijon; Alfred Barre, externes des hôpitaux de Paris; Laville, interne en pharmacie des hôpitaux de Montpellier; Millet, interne des hôpitaux de Paris, victime de la diphtérie contractée dans son service.

Ouvrages déposés au bureau du journal

— **Les greffes uretérales,** par le docteur Trekaky. Paris. *Maloine*, 1899.

— **Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques,** par le docteur R. Charon, directeur de l'Asile de St-Alban, extrait des *Annales médico-psychologiques*.

— **Epistaxis spontanées** (à répétition), par le docteur Marcel Natier, extrait de *la Parole*, 1899.

— **Étude sur les paraphasies,** par le professeur A. Pitres, extrait de la *Revue de médecine*, 1899.

— **Étiologie et traitement de certains troubles vocaux :** note sur le traitement des aphonies et dysphonies nerveuses, par le docteur Paul Olivier, extrait de *la Parole*, 1899.

— **Valeur du sérum artificiel pour le diagnostic de la tuberculose,** par le docteur Colleville. Reims, *Matot*, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

41e semaine, du 8 au 14 octobre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	6
3 mois à un an	1	1
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	2	1
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	4
20 à 40 ans	6	3
40 à 60 ans	7	11
60 à 80 ans	9	12
80 ans et au-dessus	1	2
Total	39	41

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	5	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	7	11	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	3	»	»	2	»	»	»	»	»	6	15	17
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	7	16
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	»	4	»	»	»	»	»	3	11	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	13
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	11	16	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	6
Total	»	»	»	»	»	»	»	1	9	5	11	»	»	12	»	1	»	»	»	40	80	118

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant, Th. Clerquin

N° 146. Troisième Année, N° 44. Le Numéro : **10** centimes. 29 Octobre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Le mécanisme des sentiments de l'homme

par le docteur **P. Kéraval**,
Directeur-médecin de l'Asile d'Armentières.

Plus l'on observe les aliénés et plus on est surpris de la transformation de leurs sentiments par leur affection mentale. Nous avons déjà précédemment (1) dit un mot de cette modification de tout leur être. Les descriptions suivantes ne feront que l'affirmer : l'aliéné est devenu un homme tout différent de ce qu'il était auparavant. Ainsi s'explique la conduite des malades dont la folie ne se révèle souvent que par l'anomalie ou le caractère délictueux de leurs actes. C'est pourquoi avant d'aller plus loin il nous paraît indispensable d'insister sur le mécanisme des impressions pathologiques. Celui-ci ne saurait être compris sans un examen élémentaire des principales acquisitions de la psychologie moderne relatives au mécanisme des impressions et des sentiments normaux.

(1) *Echo médical du Nord*, 1897, n° 4 et 5 — 1898, n° 14 — 1899, n° 19.

Aussi bien nous croyons rendre quelque service en vulgarisant l'esprit et le but de la Psychologie physiologique contemporaine. Nous traduirons donc en un langage aussi simple que possible des matières que beaucoup considèrent encore avec effroi. Il en est cependant des bréviaires accessibles à tous. Telles les leçons de TH. ZICHEN (1). En voici le substratum. Les sentiments procèdent des sensations et des conceptions. Examinons successivement ces deux genèses.

I. — SENTIMENTS EN RAPPORT AVEC LES SENSATIONS

Une des propriétés de la sensation est de s'accompagner d'un ton sentimental. Ce ton, c'est le sentiment de plaisir ou de peine qui, à des degrés variables, accompagne nos sensations. La vue d'un ami nous réjouit ; mais cette joie-là n'a rien à faire avec le sentiment qui accompagne notre sensation. Ce n'est pas en effet la sensation visuelle de l'ami qui, par elle-même, produit le sentiment du plaisir ; ce sentiment est éveillé par des idées ou conceptions associés à la sensation visuelle, à savoir que c'est mon ami, que je vais pouvoir causer avec lui de telles ou telles choses, etc., etc. Il convient donc de bien distinguer entre le ton émotif qui accompagne la sensation pure et le ton émotif qui provient de conceptions ou d'images commémoratives non sensorielles.

Le ton sentimental de la sensation dérive de la sensation même. La sensation auditive de l'accord majeur détermine en nous un vif sentiment de plaisir. Le son

(1) *Leitfaden der physiologischen Psychologie.* Iéna, 4e édition, 1898.

produit par la résonnance simultanée des deux notes *mi* et *fa* s'accompagne au contraire d'un sentiment désagréable marqué ; il y a non plus harmonie, mais dissonnance. On qualifie de sentiments positifs les sentiments de plaisir ; de tons sentimentaux négatifs les sentiments désagréables. Et les deux espèces de tons sentimentaux sont d'intensité très différente. L'accord mineur, par exemple, excite encore en nous une sensation auditive, accompagnée d'un sentiment de plaisir, mais il est déjà considérablement moindre que celui dû à l'accord majeur. De même, une solution de quinine produira, selon son degré de concentration, un sentiment rapide, désagréable à degrés divers. Enfin il existe toute une série de sensations d'une allure neutre quant au ton affectif correspondant, qui ne sont accompagnées ni d'un sentiment de plaisir net, ni d'un sentiment tranché de déplaisir.

A la catégorie des sensations à *sentiment neutre* appartient l'immense majorité des sensations de nos sens les plus élevés. Parmi les innombrables images visuelles qui, chaque jour, passent devant nos yeux, parmi les sons et les bruits qui sont légion, combien peu s'accompagnent d'une impressionnabilité affective ou sentimentale ! Et le petit nombre des sensations, qui nous sont douloureuses ou agréables, sont redevables de leur ton sentimental non point à la sensation même, mais bien, comme dans l'exemple précédent de la vue d'un ami, à une série d'idées qui se rattachent à la sensation.

Le ton affectif n'est donc point du tout une propriété nécessaire de la sensation. Dans l'échelle des sentiments agréables ou désagréables, il y a un point nul, un point mort, un point indifférent. Et il n'y a qu'un nombre limité de sensations dont le ton affectif s'élève au-dessus de ce point mort ou s'abaisse au-dessous. Ce dosage de sentiment en rapport avec une sensation ne se peut bien comprendre que par l'étude de l'*intensité de l'excitation* ou de l'excitation à laquelle il est intimement lié. Un son simple très faible nous laisse la plupart du temps indifférents. Un *crescendo* graduel provoque en nous lentement des sentiments agréables croissants. A un degré de force moyenne, l'impression agréable du son pur atteint son maximum évident. Plus intense, le même son fait très rapidement décroître le sentiment de plaisir qui, très vite, se transforme en un sentiment désagréable. Dès que le son a atteint le point le plus vif d'excitation sensorielle, la sensation auditive, trop aiguë, s'accompagne d'un sentiment extrêmement désagréable. Il en est de même des autres sensations. La lumière intense, qui nous aveugle, nous est désagréable ; nous ressentons très agréablement une lumière d'intensité moyenne. On a donné à cette marche de l'intensité des sensations et à l'évolution corrélative des sentiments une représentation graphique ; on a appelé le seuil de l'excitation le point mort pour le sentiment ; au-dessus, c'est un sentiment positif ou agréable ; au-dessous, c'est un sentiment négatif ou désagréable.

Il est à remarquer que chez l'aliéné mélancolique, le sentiment de plaisir qui devrait correspondre à une intensité sensorielle faible, très faible même, est à ce moment déjà, transformé en un sentiment pénible.

Le ton *sentimental* d'une sensation dépend encore de la *qualité* de l'*excitation* ou de la *sensation*. Les sensations gustatives en sont le témoignage. Ce qui est sucré provoque un sentiment de plaisir. Ce qui est acide, salé, et surtout amer, provoque un sentiment désagréable. Ma s l'intensité joue encore ici son rôle. Nous aimons nos aliments un peu salés, une saveur légèrement amère nous plaît, tandis que des liquides trop doux, trop sucrés nous déplaisent. Le sentiment de plaisir se rattache donc encore à une faible intensité sensorielle, le sentiment de déplaisir. à une intensité sensorielle forte et progressive. Toutefois, l'amertume, même relativement faible, est plutôt désagréable ; alors que, pour que le sucré provoque ce sentiment-là, il lui faut un degré d'intensité bien plus élevé. C'est une spécificité qui tient à la race. Le lait de femme, par exemple, outre les matières grasses et albuminoïdes, contient 4 °/o de sucre en solution. Le nourrisson humain est organisé de telle façon qu'il trouve un sentiment particulièrement agréable à éprouver la sensation de substances douces ; aussi se jette-t-il sur le sein de sa mère avec avidité, et s'y nourrit-il mieux que de n'importe quelle manière : c'est ainsi d'ailleurs qu'il a les meilleures chances de croître. Eh bien ! pendant des milliers d'années, cette particularité a été si bien cultivée qu'aujourd'hui elle s'est généralisée. Les sensations olfactives se comportent exactement comme les sensations du goût ; la question d'intensité sensorielle y prédomine, car l'odeur la plus désagréable devient une bonne odeur quand elle est suffisamment diluée.

Les sentiments inhérents aux sensations de la peau ont des caractères spéciaux. Les sensations de plaisir y sont considérablement moins accusées que les

sensations désagréables. Une chaleur tiède, un froid léger, un faible contact ne provoquent que de très faibles impressions sentimentales positives. Une sensation de chaleur, de froid, ou de pression fortement progressive provoque brutalement un sentiment désagréable que nous disons être une *douleur*. La douleur n'est pas du tout une propriété spéciale de la sensation ; ce mot désigne le sentiment de déplaisir qui accompagne des sensations cutanées très intenses. Ne disons-nous pas aussi, à l'occasion, qu'une note de musique nous est douloureusement aiguë, nous écorche les oreilles, qu'une lumière nous éblouit, nous fait mal ? Le ton sentimental négatif des sensations cutanées désagréables est rendu par le mot douleur qui exprime la qualité de la sensation ; que nous soyons soumis à l'action très violente de la chaleur, du froid, d'excitants mécaniques tels que la piqûre, nous croyons, en fin de compte, ne percevoir que la douleur, c'est-à-dire le ton sentimental des agents en question tout à fait séparé de la sensation même à chacun d'eux. C'est pour cela que l'on a prétendu faire de la douleur une propriété spéciale des sensations cutanées ; on n'a pu néanmoins constater dans la peau de points douloureux spéciaux pas plus qu'on n'a pu montrer qu'il existait un agent de qualité spéciale représentant la cause de la sensation douloureuse.

L'intensité des excitations en jeu dans la sensation de la peau donne au sentiment désagréable son cachet dominant ; ceci permet de comprendre que l'*acte* qui suit une sensation dépend essentiellement du ton sentimental de la sensation ; ce dernier commande à la rapidité de l'acte et à sa nature. Plus en effet une sensation est désagréable, plus rapidement et plus énergiquement nous cherchons à nous en débarrasser par la fuite ou par un moyen de défense quelconque. Les excitants mécaniques et caloriques intenses ont été le danger le plus précoce, le plus fréquent, le plus direct qui ait menacé l'individu dans la série animale. Pour assurer le développement de la race, il a fallu que celui-ci s'y adaptât ou répondît à ces excitations le plus rapidement possible par des actes de défense ou de fuite. Il en a été averti le mieux du monde par le sentiment désagréable prédominant de la douleur en rapport avec l'intensité des sensations mécaniques et caloriques... Ce qui n'empêche qu'il n'existe aucun motif de considérer les douleurs comme une propriété spéciale des sensations cutanées. Sa définition la voici : c'est un vif sentiment désagréable qui accompagne les fortes sensations cutanées.

Le ton sentimental joue aussi un rôle prédominant dans les sensations organiques. A l'état normal, l'intensité de ces sensations est extrêmement faible. Ce n'est que par le ton sentimental concomitant de *malaise*, par la douleur, que nous faisons attention à la plupart des sensations organiques (1). Par contre les sensations génitales en quelque sorte unicolores s'allient à des tons sentimentaux positifs, agréables.

Les sensations de sons simples, de moyenne intensité n'entraînent qu'un ton sentimental peu marqué. Leur qualité est, dans de larges limites, dépourvue d'influence sur le sentiment. Il n'y a que des sons trop hauts ou trop bas qui, toutes choses étant égales d'ailleurs, s'accompagnent, d'ordinaire, facilement de sentiments négatifs. L'influence de la qualité des sons perçus n'en est que plus remarquable, dès qu'il s'agit de la sensation de bruits ou de sons engendrés par plusieurs sons simples. Ainsi, les *vibrations inégalement périodiques des bruits* ne sont généralement point accompagnées de tons sentimentaux positifs ; il n'y a que les vibrations régulièrement périodiques des sons qui puissent déterminer des tons sentimentaux positifs. Quand sur le clavier du piano on frappe une touche, la note que l'on entend n'est point, en fait, un son simple, c'est un son composé, c'est un accord, composé de tons supérieurs tout à fait déterminés, qui décroissent graduellement d'intensité et dont les nombres de vibrations sont entre eux dans un rapport numérique simple. Toute note pure du clavier détermine en général un léger sentiment de plaisir et provient de vibrations régulièrement périodiques de particules aériennes. Certaines associations de notes du clavier possèdent une harmonie incomparablement plus grande que le son simple lui-même. Ce sont là des *accords* consonnants. On ne sait encore quelles sont les conditions qui président à la consonsance ou à la dissonnance d'une combinaison de sons, qui président à la genèse par cette combinaison de tons sentimentaux agréables ou désagréables, positifs ou négatifs. Ce ne paraît point être en rapport exclusivement avec des vibrations de l'air. Il semble que tel accord consonnant pour notre oreille, soit dissonnant pour une autre.

Les sensations visuelles simples et d'une intensité moyenne sont seuls accompagnées de tons sentimen-

(1) Voir *Écho médical du Nord*, 1897, n° 18 ; 1898, n° 9.

taux, agréables, positifs, très légers. La joie que nous éprouvons à voir le bleu du ciel ne provient pas, en effet, uniquement de la sensation pure ; des idées telles que celle de l'infini de la voûte bleue s'associent à ces sentiments. La qualité de la sensation visuelle, caractérisée par la *couleur*, est tout à fait étrangère au ton sentimental. La comparaison bien connue de chaque couleur à une saveur précise, le rouge étant assimilé au salé, le jaune à l'acide, le bleu à l'amer, le blanc au sucré, est toute subjective ; elle dérive d'idées associées comme l'est l'idée de blanc ou de doux quand on pense au lait et *vice versâ*. On peut, par un procédé identique, dire que le rouge rappelle le feu de l'incendie, le jaune la lumière de la lampe. Il y a un semblant de vérité physique dans l'assertion qui consiste à tenir les couleurs sombres, comme le rouge-brun, pour la représentation d'une transition entre les couleurs spectrales et le noir, et à croire qu'elles s'accompagnent moins aisément de tons sentimentaux agréables. Mais, si le noir tend à éveiller des sentiments désagréables, c'est que l'idée du lugubre s'y associe.

Il n'y a pas non plus de mélanges de couleurs comparables aux accords des sons. Ces mélanges fournissent des sensations colorées tout aussi simples que les sensations produites par les couleurs simples. Impossible de décomposer les sensations de couleurs mélangées. Peut-être l'harmonie de la crudité des tons tient-elle au relief formé par la juxtaposition de certaines couleurs. L'étude comparative des tableaux des meilleurs maîtres de l'école italienne montre que, de parti pris, ils ont préféré certains assemblages de couleurs. Helmholtz y a fait remarquer l'effet merveilleux du rouge, du vert, du violet. Nous ne savons pas davantage. Il semble seulement que la juxtaposition de deux couleurs fasse d'autant plus de plaisir que ces deux couleurs sont, dans le spectre, plus éloignées l'une de l'autre.

Le ton sentimental d'une sensation est très fortement influencé par la *disposition des sensations dans l'espace*. La notion de l'espace est plus particulièrement donnée par le toucher et la vue. Les sentiments agréables sont en rapport avec les sensations du contact diffusées en surface, ils apparaissent d'autant plus facilement que la diffusion en est plus continue et plus uniforme. La sensation du *rude* provient de ce que les sensations du contact répandues sur une surface sont irrégulièrement réparties et inégalement fortes ; dans ce cas, entre les extrémités nerveuses excitées existent toujours quelques extrémités nerveuses inexcitées en petit nombre.

La disposition dans l'espace des sensations de la vue est bien plus significative pour le sentiment. Quelles sont les allures de l'harmonie géométrique et stéréométrique ? Une ligne droite étant tracée, il s'agit, à vue d'œil, de déterminer sur cette droite un point qui semble la partager dans des proportions agréables : or ce n'est pas le point bissecteur qui jouit de cette propriété. Féchier a présenté à plus de trois cents personnes dix angles droits de carton blanc dont les côtés présentaient des rapports différents. Eh bien ! les 3/4 environ des personnes consultées considérèrent comme le plus beau l'angle droit dont les côtés étaient exactement, ou à peu près, dans le rapport de 34 : 21, qui constitue la proportion agréable par excellence. La sculpture italienne ancienne agit presque exclusivement par sa merveilleuse membrure, c'est-à-dire par la division de sa masse en lignes.

La régularité, la symétrie de la disposition dans l'espace des sensations visuelles, n'est pas la seule condition des sentiments agréables. La répétition périodique d'une disposition déterminée dans l'espace produit d'ordinaire des sentiments positifs. Il est très difficile d'établir une règle générale. On ne croit plus à la courbe esthétique absolue d'Hogarth, qui entoure d'une circonférence en spirale la surface convexe d'un cône de la base au sommet. C'est la continuité de la sensation qui produit les sentiments de plaisir : une ligne droite fait en général une impression plus agréable qu'une série de points. La petitesse des interruptions de la sensation trouble l'impression. Une légère courbe déchaîne continuellement des sensations de mouvement associées ; notre œil glisse en quelque sorte sur la ligne dans tout son parcours. Et la continuité des sensations associées de mouvement a une extrême importance pour le genre de sentiments agréables. Il ne faut pas que l'indice de courbure cesse brusquement, le ton sentimental serait même troublé par une suite de petits ressauts sur la courbe. La sensation doit être modifiée ou graduellement ou brutalement d'une manière très considérable. Ainsi s'explique le rôle joué par les courbes douces dans l'ornementation ; ainsi s'explique la rareté d'angles très peu accusés.

Les caractères de la *sensation dans le temps* exercent sur le ton sentimental de celle-ci une influence très

considérable. La longue durée d'une sensation amortit d'ordinaire généralement les tons sentimentaux positifs ou négatifs. Il n'y a que les sensations sonores dont le ton sentimental soit fortement influencé par le genre et le mode de succession dans le temps de plusieurs sensations. La *fatigue* résulte généralement de la perception d'une série de sensations de sons égaux se succédant à des intervalles égaux ; même quand la qualité du son change, il se produit bientôt un sentiment désagréable. Pour obtenir le sentiment de plaisir de l'enchaînement rhythmique, il faut que l'intensité de chacun des sons, ou bien leur durée ou leur intervalle, soit soumis à une alternance périodique plus ou moins régulière. La *cadence* musicale ou celle des vers d'un poëme est fournie par la succession de sensations sonores, dont chacune a un ton spécial, c'est-à-dire une intensité particulière, et qui, dans leur ensemble, possèdent une durée déterminée. L'unité que nous appelons la cadence ou le vers revient toujours à de faibles variations près ; mais la durée d'ensemble de certaines sensations sonores, et la disposition des tons à divers endroits dans chaque nouvelle cadence ou dans chaque nouveau vers demeure constants. Les qualités du son, c'est-à-dire les notes et les mots changent, mais ses intensités, ses renforcements ou ses diminutions reparaissent après une durée déterminée, c'est-à-dire périodiquement.

En poésie, la fin d'une période rythmique de ce genre peut encore être mise en évidence par le choix de la qualité des sons qui terminent la période souvent similaire, comme cela a lieu par la rime. La périodicité régulière est donc, quant à la succession des sensations, la condition principale de la genèse des sentiments de plaisir. Ce n'est par conséquent point le hasard qui a fait que le maniaque, ou l'aliéné en état d'exaltation, déclame des phrases rythmées ou des rimes ; cela tient à l'état des sentiments agréables produit par la maladie mentale.

Les conditions de genèse si différentes des tons sentimentaux positifs ou négatifs précédents, peuvent-elles être résumées en l'*évaluation de leur nature ?*

Il n'y a pas que les sensations qui aient leurs nuances toniques sentimentales. Les conceptions possèdent certainement les leurs. Mais les tons sentimentaux des conceptions, des idées, ne dérivent-ils point des sensations mêmes ; les conceptions, en tant qu'images commémoratives des sensations, n'ont-elles pas simplement accaparé les tons sentimentaux de ces dernières ? Ceci est indubitable pour bien des cas.

L'idée qu'on a un ennemi, qu'on est haï, n'est liée à des sentiments désagréables que parce que, dans la vie, nous avons souvent désagréablement ressenti les attaques d'ennemis, les effets de la haine. L'inverse est aussi évidente ; les idées transmettent souvent leurs tons sentimentaux aux sensations ; voici, alors, ce qui se passe. Vous avez, pendant votre enfance, ou plus tard, souvent entendu certaine mélodie dans certaine chanson mélancolique. La succession des sons n'a par elle-même rien de mélancolique. Mais les mots chantés sur ces sons expriment des idées mélancoliques. Le ton sentimental négatif de ces idées fait graduellement corps avec les sensations musicales, si bien que, finalement, l'accord en question produit en vous des perturbations sensationnelles négatives, même quand il n'accompagne point les paroles mélancoliques du chant, quand il vibre isolément ou associé à tout autre thème. Toutes les sensations faites pour rapporter à un accord déterminé ou à une couleur déterminée un ton sentimental constant reposent sur la transmission du ton sentimental des conceptions au ton sentimental d'une sensation à laquelle ces conceptions ont été souvent associées. La sensation du noir s'associe probablement à un léger sentiment désagréable parce que l'idée que l'obscurité est sinistre et dangereuse lui est associée ; finalement le noir qui, en soi, considéré comme simple sensation, ne se rattache point à des tons sentimentaux négatifs, est devenu chez les peuples d'Occident, le symbole de la tristesse. Si certaines sensations ont sûrement emprunté leur ton sentimental à des conceptions d'un autre ordre, il est, néanmoins, clair que les tons sentimentaux en question peuvent être rattachés aux tons sentimentaux des sensations, car les conceptions dont la sensation emprunte le ton sentimental doivent en réalité leur ton sentimental à des sensations, à celles notamment dont elles proviennent elles-mêmes.

Il est probable que la qualité des sensations n'influence à l'origine le ton sentimental des sensations qu'indirectement, en vertu de leur association à des idées désagréables ou agréables; c'est simplement l'intensité des sensations et leur disposition dans le temps et l'espace qui influencent directement le ton sentimental des sensations. La loi n'est point encore trouvée : on ignore quelle intensité, quelle disposition dans l'espace et le temps il faut à une sensation pour

qu'elle éveille un sentiment de plaisir ou de peine. Ce doit être en rapport avec la phylogénie. Quant à la *nature du ton sentimental, celui-ci est manifestement un attribut qualitatif de la sensation.* Quelle que soit la qualité ordinaire de la sensation, elle a en soi une autre propriété, celle de provoquer un sentiment agréable ou désagréable, susceptible, comme l'autre, d'un intense renforcement. Chaque sensation est naturellement additionnée en quelque sorte d'un peu de blanc ou de noir.

Le *ton sentimental représente pour ainsi dire un sixième sens qui n'a que deux propriétés principales,* — le *sentiment de plaisir* et le *sentiment de peine.* Ce sixième sens ajoute un de ces deux éléments aux sensations des autres sens, et, dans certaines conditions, aussi aux images commémoratives ; mais ces tons affectifs, passionnels n'ont jamais une existence complètement indépendante. Ils dépendent ou sont consécutifs des images commémoratives. Ils se distinguent cependant profondément, à un autre point de vue des sensations sensorielles proprement dites. Ainsi la qualité ordinaire de la sensation est déterminée 1° par la constitution de l'excitation génératrice E ; 2° par la constitution de l'appareil sensoriel qui reçoit l'excitation depuis l'organe périphérique du sens jusques et y compris son centre cortical ; l'appareil sensoriel prend l'excitation E en fait E^b et finalement E^c. C'est ainsi que la même excitation mécanique appliquée sur la peau devient une sensation de poids, et sur la rétine, une sensation lumineuse. Aux innombrables qualités d'excitation correspondent d'innombrables qualités de sensation. Le ton sentimental, lui, n'a d'abord que deux qualités principales : celle du sentiment de plaisir et celle du sentiment de peine. Sans doute la qualité de l'émotion produite par la sensation dépend aussi de l'excitation extérieure et de l'appareil sensoriel, mais aux innombrables qualités de l'excitation et aux divers appareils sensoriels ne correspondent en premier lieu que les deux qualités émotionnelles du sentiment de plaisir et du sentiment de peine, à divers degrés d'intensité.

Chaque excitation se résume en l'une de ces deux qualités *sentimentales. Elles doivent donc être des attributs fort généraux d'excitations et des surfaces sensorielles réceptrices* qui servent de base à l'apparition des tons sentimentaux. Nous sommes obligés d'admettre que, quand l'excitation est indifférente, E^c reste telle quelle dans l'écorce du cerveau ; quand au contraire les excitations sont émotives, quand, par exemple, la lumière impressionnante est trop vive, l'écorce du cerveau excitée ajoute encore quelque chose à l'opération physique E^c et produit, par ce quelque chose, l'élément psychique de ton sentimental ou passionnel ou émotif. Il y a, en ce cas, réaction de l'écorce centrale du cerveau contre les excitations venues de l'extérieur. Ceci expliquerait pourquoi la même excitation ne produit pas toujours pour la même force excitative un ton sentimental déterminé. Les qualités de nos sensations sont certainement aussi dépendantes de la constitution de l'écorce du cerveau. mais elles sont en rapport avec des attributs constants à celle-ci, tandis que les tons sentimentaux dépendent d'attributs plus variables de la même écorce.

Une lumière par exemple nous tombe dans l'œil. L'intensité lumineuse en étant modérée, l'excitation E produit dans l'écorce du cerveau une agitation E^c, puis une sensation correspondante S. L'intensité lumineuse s'accroît, E^c et S s'accroissent aussi, mais, en outre, à E^c s'ajoute une contre opération physique qui fait qu'un ton émotionnel s'ajoute à la sensation. Le ton sentimental a bien par conséquent réellement une valeur plutôt subjective ; les qualités ordinaires de la sensation ont une valeur plutôt objective. Comme le fait remarquer LIPPS, nous ne projetons pas dans l'espace le ton sentimental de la sensation même. Nous disons qu'un objet est vert et non qu'il provoque du vert ; nous disons qu'il suscite la joie et non qu'il est joyeux.

L'analyse des *caractères des tons sentimentaux* tire grand profit de l'étude du développement des races. des espèces animales. Les excitations associées à des sentiments de plaisir sont en même temps, dans bien des cas, celles qui accompagnent l'intussusception des aliments et la reproduction des animaux ; les excitations associées à des sentiments désagréables sont celles qui, en même temps, contiennent une menace contre la vie de l'animal. Aussi les premières provoquent-elles de la part de l'être vivant le désir de s'en rapprocher ; les secondes suscitent chez lui le désir de s'en retirer ou de fuir devant elles. Il se peut parfaitement qu'au cours du développement de l'espèce. l'attribut spécifique de l'écorce du cerveau de répondre à certaines excitations généralement nuisibles ou utiles par une opération psychique toute nouvelle. c'est-à-dire d'ajouter à la sensation commune le ton sentimental, ait pris naissance dans ces mouvements instinctifs de fuite et de rapprochement et qu'il ait

atteint plus tard un degré plus élevé de développement. Au degré le plus inférieur de son évolution, la sensation provoque sur le champ le mouvement communément opportun ; à son plus haut degré, elle comporte l'intercalation du ton sentimental qui prend, pour nos actes, la plus grande importance.

La sensation, par elle-même, nous fournit donc un avertissement ou un appât qui est généralement juste ; en nous rapprochant de l'agent d'excitation ou en nous en éloignant par la fuite nous gagnons le temps nécessaire pour faire jouer les images commémoratrices et les motifs de décision.

(A suivre).

Le sérum artificiel, moyen de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Par le Professeur **Combemale**, et **Mouton**, Interne

« Le salut des tuberculeux est au prix d'une diagnose hâtive et l'efficacité thérapeutique ne va pas sans précocité diagnostique. » Ces paroles de Grancher et Landouzy devant l'Académie de médecine deviennent de plus en plus un article de foi scientifique.

Depuis plusieurs années déjà nous sommes pénétrés de la nécessité d'un diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire si l'on veut pouvoir quelque chose d'efficace contre elle.

Dans ce but, en 1896, après M. le professeur Grasset, l'un de nous, en collaboration avec M. Raviart, étudia les services que la tuberculine pouvait rendre chez les tuberculeux débutants.

Mais les difficultés du maniement de la tuberculine, ses variations dans les résultats, en particulier si la solution n'en est pas très fraîchement préparée et les quelques accidents éruptifs à craindre qui effraient les malades, nous firent renoncer à dépister de parti pris la tuberculose par cet agent. Nous la tenons néanmoins pour un moyen assez sûr, quoique peu pratique pour le but à atteindre.

Toujours préoccupés de cette question dans notre région où abondent les tuberculeux, nous crûmes trouver dans l'injection de la solution saline, appelée sérum artificiel chirurgical, le moyen efficace de diagnostic précoce tant recherché.

Des recherches d'Hutinel, de Lesage avaient montré que les solutions salines élevaient la température chez les enfants tuberculeux. Sirot vint ensuite, qui généralisa le fait et voulut en faire, en quelque sorte, la pierre de touche de la tuberculose méconnue ou latente ; mais le contrôle que Carrieu et Ardin, Fraikin et Bisard firent subir aux affirmations du médecin de Beaune, les réduisirent à néant.

Nous avons néanmoins, nous aussi, entrepris quelques recherches.

Pendant une année entière, à la clinique médicale de l'hôpital de la Charité, nous avons creusé le problème du diagnostic précoce de la tuberculose, soit par l'injection sous-cutanée de sérum artificiel seul, soit par le sérum et la tuberculine se contrôlant réciproquement à quelques jours de distance. Les malades furent suivis au dehors, quelques-uns revus dans les salles durant les six mois qui suivaient l'inoculation ; le problème était donc serré le plus près possible.

Trente observations, sur une centaine, méritent d'être retenues, parce que les conditions de l'expérimentation furent plus particulièrement sérieuses.

L'expérimentation chez le cobaye avait été tentée, mais il fallut renoncer à ce moyen d'élucider la question : les températures initiales, si inégales chez le cobaye sain, recevaient, d'autre part, de l'injection sous-cutanée d'eau pure, le même coup de fouet que lorsque du sérum avait été injecté ; pour le cobaye récemment tuberculisé il en était de même.

Nous injections 20 cc. de sérum salé (chlorure de sodium 7 ; phosphate de soude 1 ; eau distillée apseptique 1 l.) dans le flanc, puis on prenait toutes les heures la température de l'aisselle — nous disons de l'aisselle et non du rectum, les différences restant, dans les deux cas, proportionnelles entre elles et cela ne pouvant nous être imputé à vice d'expérimentation — on obtenait ainsi, en comparant ces températures avec celles qu'on avait soigneusement notées deux à quatre jours de suite avant l'injection, le matin et le soir, des résultats variables, que la lecture des 30 observations n'éclairerait pas à ce moment.

Mais voici les conclusions que nous tirons de ces recherches.

a) L'injection de sérum artificiel est inoffensive, quoi qu'on en ait dit ; de congestion notable périphérique chez des tuberculeux diagnostiqués par les moyens cliniques habituels, nous n'en avons pas observé.

b) L'injection de sérum artificiel est d'un emploi clinique facile, commode; les résultats ne se font pas attendre dans le cas de diagnostic hésitant : une seringue, du sérum en petite quantité, un thermomètre, avec ces instruments la tentative peut être réalisée.

c) L'injection de sérum artificiel n'est pas un moyen sûr, infaillible de diagnostiquer la tuberculose. Chaque fois que les moyens cliniques habituels (symptômes et signes) révélaient la tuberculose pulmonaire, le sérum artificiel injecté élevait la température. Mais s'il y avait hésitation de par les signes stéthoscopiques, semblable hésitation se présentait par le double réactif de la tuberculine, puis du sérum, l'un affirmant la tuberculose, l'autre restant indifférente ; plusieurs observations d'emphysème avec

tuberculose se sont comportées de la façon que nous venons de dire, sans que le diagnostic en ait tiré de l'éclaircissement.

Quant à diagnostiquer la tuberculose au début, dans les cas cliniquement probables, c'était tantôt une réaction négative, tantôt une réaction positive que donnait le sérum, sans que la raison ait pu nous en être dévoilée par l'étude approfondie des conditions spéciales à chaque sujet.

Aucun fondement ne peut donc être assuré sur l'emploi du sérum artificiel dans le but de diagnostiquer la tuberculose.

d) Il y a plus, qui du reste peut induire en erreur : un pneumoconiotique à expectoration abondante et épaisse, à cracnats nummulaires purulents, non striés de sang, dans lesquels plus de dix examens différents n'avaient pu déceler le bacille accusateur de la tuberculose, alors que l'anthracose y était très accusée, réagit cependant au sérum d'une façon considérable.

Ce fait, et quelques autres qui se caractérisaient par une cachexie par déminéralisation, emphysème et bronchite abondante, grippe suivie de tuberculose au début, donnèrent lieu aussi à de vives réactions. De sorte que nous serions portés à croire que la réaction par le sérum à petites doses est la réaction de la déminéralisation plutôt que la réaction de la tuberculose.

e) La suggestion n'intervient nullement pour expliquer les cas où le sérum agit sans que la tuberculose soit en jeu (pneumokoniose, emphysème avec bronchite). Nous avons toujours tenu nos malades dans l'ignorance du but pour lequel nous pratiquions l'injection.

La conclusion finale est que le sérum salé donne, non pas une preuve irréfutable, mais une présomption très forte dans le cas de tuberculose ouverte ou de quelque durée quoique fermée. Lorsqu'une contre épreuve à la tuberculine est confirmative de la réaction par le sérum, l'affirmative s'accroît encore jusqu'à la certitude. Mais le premier sans le second moyen n'a pas la valeur qu'on lui avait attribuée jusqu'ici.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Reverdin, pour éviter la syncope au début de la chloroformisation (par irritation nasale) a inventé un appareil qui force le malade à respirer par la bouche. Cet appareil se compose d'un diadème sur lequel s'adapte une crémaillère portant deux gouttières pour les mâchoires. On ceint le front du malade du diadème, on introduit les gouttières, on tourne la vis... et le malade est hors de danger.

Société de Biologie. — M. Laborde a étudié l'action de l'alcool sur la digestion (in vitro). — L'alcool éthylique la retarde nettement. Le petit verre facilitant la digestion est donc un mythe.

Société d'obstétrique — M. Pinard a observé un cas de grossesse ectopique ovarique, datant de quinze jours. Il y avait cependant rupture de l'ovisac et hémorragie interne. Il faut donc faire la laparotomie, même dans les cas de grossesse ne datant que de quinze jours.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Octobre 1899

Présidence de M. Looten, vice-président.

Luxation du coude. — Résection.

M. Moty présente un malade qui a eu une *luxation du coude irréductible*. On arrivait bien à mettre l'olécrâne en place ; mais le résultat demeurait imparfait. Au bout de deux mois, radiographie : on crut à l'existence d'une fracture articulaire. Le malade fut anesthésié, on ne put pas davantage obtenir une réduction parfaite et l'articulation fut ouverte. Il s'y trouvait une plaque ostéo-cartilagineuse, devenue un ménisque poli sur ses deux faces. La résection du coude a permis de tout remettre en bon ordre sans raccourcissement du membre, et le malade est en voie de guérison. Il est à noter que la radiographie n'a donné ici aucun renseignement.

M. Looten a observé, chez un enfant de six ans, un *décollement de l'épiphyse humérale inférieure*. Au bout de vingt jours d'appareil plâtré, l'extension complète était difficile. Une radiographie très nette a montré, entre les surfaces articulaires, un corps étranger interposé qui devait être une apophyse arrachée.

M. Moty dit que souvent ce qu'on prend pour une apophyse arrachée n'est autre chose que le résultat de l'ossification d'un épanchement sanguin.

M. Ingelrans cite un cas analogue où la radiographie a indiqué l'existence d'un corps étranger dans la cavité coronoïdienne. On a fait le diagnostic d'arrachement de la face interne de la trochlée. Il est bien probable qu'il s'agit en réalité d'un ostéome périostique, tels que ceux sur lesquels Reynier a appelé récemment l'attention.

M. Lefort dit que ces ostéomes périostiques sont fréquents et qu'il y a longtemps qu'Ollier a insisté

sur eux : il y a avantage à faire alors une large résection.

Fracture de l'olécrane

M. Gaudier présente en son nom et en celui de M. Lemoine une radiographie de fracture de l'olécrane chez un enfant de douze ans. Il n'a fait aucune immobilisation, mais un massage bien conduit. Guérison complète au bout d'un mois : tous les mouvements sont parfaits.

Polype du larynx

M. Gaudier insiste sur la fréquence des polypes du larynx dans notre région. Il montre un énorme polype qui siégeait entre les cordes vocales inférieures chez un homme qui n'avait que des troubles de la phonation. On avait cru à une tuberculose pulmonaire. Extirpation à la pince morceleuse.

Rétrécissement de l'œsophage

M. Acheray, interne des hôpitaux, présente un estomac et un œsophage cancéreux, recueillis avec M. Duvivier, externe, dans une autopsie faite à l'hôpital de la Charité.

Le sujet, âgé de 49 ans, était entré le 25 août dans le service de M. le professeur Combemale. Jamais les sondes ne réussirent à franchir un rétrécissement situé à 39 centimètres des arcades dentaires, quoique parfois des bols alimentaires, même assez volumineux, aient pu passer dans l'estomac.

Malgré son état de faiblesse et d'amaigrissement extrême, le malade refuse toute intervention. On lui administre des lavements alimentaires.

Le 22 octobre, alors que la déglutition des liquides est impossible depuis quatre jours, il vient demander une opération. Gastrostomie par M. le professeur Dubar, suivant le procédé de Howse, légèrement modifié en ce sens qu'une sonde est immédiatement passée dans l'estomac, M. Dubar se réservant de ponctionner plus largement et de faire les sutures muco-cutanées une fois les adhérences établies.

Il injecte aussitôt 200 cc. d'eau bouillie dans l'estomac. Pansement au carbonate de magnésie ; injection sous-cutanée de 500 cc. de sérum de Hayem. Pas de shock, température normale. Le lendemain, on fait passer dans l'estomac 250 cc. de lait coupé d'eau de Vals. Le 24 octobre, nouveau repas, pendant lequel le malade est pris d'une courte syncope. L'état de faiblesse s'accentue, et, le 25 au soir, le malade succombe à sa cachexie.

La pièce montre que les adhérences sont déjà solides, le quatrième jour, autour de la bouche gastrique. La tumeur, située à sept centimètres du cardia, est annulaire, perméable, suivant un trajet anfractueux de un à deux millimètres de diamètre. Au-dessus d'elle, existe une vaste dilatation, mais pas d'ulcération de la muqueuse. Adhérences intimes avec tous les organes voisins, particulièrement l'aorte. Tous les ganglions œsophagiens et trachéo-bronchiques sont envahis, quelques-uns suppurés, sans généralisation.

Les lavements alimentaires furent ici sans efficacité, et la muqueuse stomacale, pas plus que la muqueuse rectale, n'était propre à l'absorption lors de l'intervention, qui n'eut lieu que sur les instances du malade.

Fièvre et coprostase

M. Oui, comme suite à sa communication du 23 juin, lit deux autres observations de fièvre chez des accouchées constipées. Une primipare accouche le 21 juin ; les suites de couches sont normales jusqu'au 15e jour. Il y avait de la constipation dès le début, aussi avait-on donné des lavements quotidiens. Un peu avant le 6 juillet, la garde avait cessé, de son propre gré, de donner ces lavements et la malade avait été suralimentée. Le 6 juillet au soir, la température atteint 39°2 : il n'y avait pas eu de selle depuis 48 heures. Administration de 30 grammes d'huile de ricin : la température reste à 38.8. On donne de la scammonée et du calomel sans résultat ; enfin une demi-heure après un lavement survient un frisson et on note 38.8. Le soir, 37.2. Le 9 juillet, nouveau lavement. Température du matin 39.6. Les lavements étaient de 1.500 grammes et ne ramenaient que des liquides. Enfin, après cinq jours, débâcle intestinale. Température 37°5.

Une seconde accouchée a eu des phénomènes analogues. Température de 38°1 qui disparaît avec la constipation.

Dans ces cas de stercorémie chez les accouchées, les organes génitaux sont sains, il n'y a pas de rétention des lochies et ce n'est pas de ce côté qu'il faut en chercher l'explication.

M. Carrière discute l'opinion qui a été émise à ce sujet par M. Ingelrans à la séance du 21 juillet, opinion d'après laquelle l'accouchement amènerait peut-être une diminution de résistance suffisante pour rendre les femmes plus sensibles aux poisons normaux de leur économie.

Il faut d'abord se faire une idée de ce qu'est la fièvre. Elle est en rapport avec la destruction des bactéries ou des toxines : l'organisme envahi se défend. Pour qu'il y ait fièvre, il faut un organisme réagissant et une absorption de microbes ou de toxines, qui, digérés par les leucocytes, donnent naissance à des produits pyrétogènes. Sans doute, la part de la susceptibilité reactionnelle doit être sérieusement réservée, mais elle est bien loin d'être tout. On fait remarquer que la fièvre manque dans la constipation habituelle. M. Carrière n'en croit rien dans nombre de cas : dans des cas d'entérite muco-membraneuse chez des viellards constipés, il a trouvé 38°4 et 38°9. Il ne faut pas se contenter de la température périphérique. D'autre part, certaines fièvres neurasthéniques sont peut-être liées à la coprostase.

A la surface des scybales pullulent des espèces microbiennes à toxines très actives. Quant à l'hyperthermie par coprostase des typhiques, il faut savoir que la muqueuse ulcérée absorbe chez eux, d'une manière exagérée et que la virulence du colibacille est accrue (Sanarelli).

La coprostase s'accompagne de pullulation microbienne. Si on oblitère l'anus d'un lapin, l'expérimentation montre que les fèces donnent bien plus de colonies à la culture. La coprostase augmente d'autre part la virulence du coli : elle s'accompagne de l'hypertoxicité du contenu intestinal.

L'organisme n'entre ici en jeu que très secondairement.— En ce qui a trait au traumatisme, M. Carrière pense qu'il agit en contusionnant l'intestin et en favorisant la résorption. On ne saurait admettre une théorie exclusive.

M. Ingelrans reprend les arguments invoqués par M. Carrière. Il est d'accord pour admettre avec lui que la part de susceptibilité personnelle du malade doit être soigneusement réservée, et qu'on ne saurait admettre une théorie exclusive, mais il considère la question comme non tranchée. D'abord, les théories de la fièvre ne sont pas assez solidement établies qu'elles puissent être prises pour base de discussion. Ensuite, si des vieillards constipés ont présenté 38°4 et 38°9 de température rectale, cela se compare-t-il avec une température axillaire de 39°6 le matin, chez une malade de M. Oui ? D'ailleurs, ces malades étaient atteints d'entérite muco membraneuse, inflammation chronique lésant profondément la muqueuse, ce qui est bien différent de la constipation simple.

M. Ingelrans a vu récemment la température s'élever tout à coup chez une femme habituellement constipée : mais il était survenu chez elle une côlite aiguë, ce qui explique tout. Mathieu a décrit ces poussées fébriles dans l'entérite muco-membraneuse.

Au sujet de la fièvre neurasthénique, M. Ingelrans rappelle qu'elle est mal connue et que son existence même est discutée (Congrès de médecine de 1899. Parisot, Sollier, etc.). La question reste entière, car les constipés ordinaires n'ont pas l'hyperthermie notable des femmes en couches, et ce qu'il faudrait savoir, c'est pourquoi cette hyperthermie survient plus facilement chez elles. C'est ici que M. Ingelrans fait intervenir la diminution de résistance aux poisons en général.

Si les typhoïdiques ont de la fièvre par coprostase, comment faire jouer un rôle aux ulcérations de la muqueuse, puisque ces ulcérations siègent surtout dans l'intestion grêle et sont bien moins importantes dans le gros intestin. La constipation n'a rien à voir avec l'intestin grêle.

On oblitère l'anus d'un lapin et on constate de l'hyperthermie, la pullulation du coli-bacille, son hypervirulence : soit. Mais on a réalisé là une manière du vase clos dont on a tant parlé. Cela ne veut pas dire qu'on puisse assimiler cette expérience à ce qui se passe dans la constipation : ce n'est pas tout à fait la même chose.

Enfin, si la coprostase est à elle seule capable d'engendrer la fièvre, et si le terrain ne joue qu'un rôle secondaire, comment expliquer l'hypothermie, qui est la règle dans l'occlusion intestinale ?

M. **Ingelrans** n'a pas la prétention de tirer une conclusion ferme. Il rappelle seulement que les femmes enceintes constipées n'ont guère de fièvre, si elles en ont ; que lorsqu'elles accouchent, elles peuvent avoir une fièvre fort notable. Il lui semble que les circonstances, au point de vue de la stagnation fécale, étant les mêmes, c'est plutôt du côté des modifications de l'état général causées par l'accouchement, qu'il faut chercher l'explication de l'hyperthermie.

M. Oui rappelle qu'à la fin de la grossesse le foie fonctionne mal chez certaines femmes et que celles-là seraient peut-être plus exposées à faire de la fièvre du fait de leur insuffisance hépatique.

Quant au traumatisme intestinal, il n'a aucune espèce d'importance. Mais un point qu'il faut mettre

en lumière, c'est le déséquilibre abdominal causé par l'expulsion de l'enfant. La constipation est fréquente chez les femmes en couches et cependant la stercorémie et la fièvre sont rares chez elles. M. Oui en a vu quatre cas, mais il est tombé sur une série.

M. Lefort, à l'appui de l'opinion de M. Ingelrans, cite le cas d'une femme atteinte de cancer du rectum, qui resta six mois sans rien émettre par l'anus : elle n'avait pas trace de fièvre.

M. Gaudier ajoute qu'il a pris la température de deux enfants constipés (quatre jours) : elle était normale.

M. Carrière admet que dans les cas d'entérite muco-membraneuse il y a un état de la muqueuse qui favorise peut-être l'absorption et la fièvre. N'empêche qu'on trouve assez fréquemment la fièvre chez les constipés ordinaires et chez les vieillards constipés. L'observation de M. Ingelrans sur les rapports de la température axillaire et de la température rectale ne tient pas devant les faits : on ne peut comparer la température axillaire d'une accouchée et d'un vieillard. Quant à la fièvre neurasthénique, son existence est indubitable : et le pourquoi en est peut-être la coprostase.

A propos des typhiques, je crois ma théorie étayée sur les expériences de Sanarelli, plus admissible que l'hypothèse de M. Ingelrans.

Je ne vois pas ce que vient faire ici le vase clos. Je crois qu'en produisant ici la coprostase, je me suis placé exactement dans les conditions de sa constipation, puisqu'il n'y a pas eu trauma. Quant à l'hypothermie de l'occlusion intestinale, c'est là un fait spécial, pathogéniquement inconnu et qui semble tenir aux qualités spéciales qu'acquiert en ce cas le coli-bacille.

A M. Lefort, je demanderais si la température rectale de sa malade avait été soigneusement recueillie.

En définitive, je crois mes expériences suffisantes pour infirmer l'hypothèse purement gratuite de M. Ingelrans, sur la susceptibilité réactionnelle des accouchées.

M. Combemale croit qu'il faut mettre parfois en cause le régime alimentaire et que l'emploi du lait doit empêcher la production de la fièvre par résorption.

M. Lefort rappelle que des microbes hyperthermisants peuvent être accompagnés dans l'intestin de microbes hypothermisants, ce qui complique beaucoup cette question.

M. Ingelrans dit que la divergence des opinions qui se montre dans cette discussion indique combien on est mal fixé sur le sujet. Les expériences de M. Carrière démontrent que, dans la constipation, il y a pullulation microbienne, absorption de toxines et fièvre. Si presque tout doit être ramené là, comment expliquer que les femmes enceintes constipées n'aient pas de fièvre, alors qu'après l'accouchement elles peuvent avoir 39°6 de par leur coprostase ?

M. Carrière. — Tout simplement peut-être parce qu'elles n'ont pas eu de traumatisme intestinal ou de décomposition abdominale.

Thyroïdine et consolidation des fractures.

M. Lambret a vu une fracture du fémur, très difficile à réduire, qui s'est consolidée en seize jours. Si on avait employé le corps thyroïde, on aurait cru à son influence dans la rapidité de la consolidation. Il faut donc être réservé en ce qui concerne cette action particulière.

M. Carrière fait des expériences sur ce sujet et tiendra la Société au courant.

M. Looten a vu une fracture de jambe se consolider naturellement et complètement en 21 jours. Le malade fit même, dans un cauchemar, des mouvements violents avec la jambe fracturée, sans que la solidité en eût été compromise.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Par décret, en date du 14 octobre 1899, les élèves de l'École du service de santé de la marine doivent souscrire un engagement spécial par lequel ils s'obligent à servir dans l'armée de mer pendant six ans au moins à dater de leur nomination à l'emploi de médecin auxiliaire.

C'est l'application au Corps de santé de la marine du décret du 5 juin 1899, relatif au Corps de santé militaire.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Association amicale des internes et des anciens internes des hôpitaux.

Les concours pour l'obtention des prix offerts par l'Association aux Internes de 2e et 3e année auront lieu le mardi 31 octobre, à 9 h. 1/2 du matin.

Les jurys sont composés comme suit :

Section de médecine : MM. Colas, Deléarde, Looten. — Suppléant : Patoir.

Section de chirurgie : MM. Colle, Dubar, Quint. — Suppléant : Lambret.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. L.-C.-J. Julien, de Saultain (Nord), interne des hôpitaux, lauréat (bis) de la Faculté, a soutenu, le mardi 17 octobre, sa thèse de doctorat (5e série, n° 137), intitulée : *Recherches sur les suites éloignées de l'opération de la castration chez la femme et sur la valeur de l'opothérapie ovarienne.*

Nous relevons, parmi les **médecins aide-majors de 1re classe affectés** récemment à des postes militaires de la région, les noms de MM. les docteurs Caziot, désigné pour l'hôpital militaire de Maubeuge ; Wagon, désigné pour le 4e cuirassiers, à Cambrai.

HOPITAUX

Paris. — Le **concours pour l'internat** a commencé mardi 17 courant. A l'épreuve écrite, sont sorties de l'urne les questions : *Nerf maxillaire supérieur ; Complications du diabète sucré.* Sont restées dans l'urne : *Les deux veines azygos et le tronc de la veine cave supérieure, abcès intra-crâniens ; Muscles du voile du palais, tétanos.*

Bordeaux. — Le **concours pour l'externat** s'est terminé par la nomination de 31 élèves ; les questions données à l'oral ont été les suivantes : *Artère fémorale, signes et diagnostic de l'anévrysme ; Artère humérale, lymphangite aiguë ; Muscles de la région antéro-externe de la cuisse, plaies des veines ; Tibia, de la contusion.*

Lyon. — Le **concours de l'internat** vient de se terminer par la nomination de 13 internes titulaires et 25 provisoires.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Goin, de Paris ; Labat, de Manzac (Dordogne), Mallet, d'Albi (Tarn) ; Verdureau, de Patay (Loiret) ; Morau et Grenat, de Paris ; Thomas, médecin-major de 2e classe ; Delaborde, de Paris ; Vidal, de Pierrefort (Cantal).

Houzé, étudiant en médecine de la Faculté de Lille. Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien vives condoléances.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les lois de l'énergétique dans le régime du diabète sucré, par le docteur E. Dufourt (de Vichy), n° 19 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*, 1899.

— **Des indications des eaux minérales alcalines dans les diabètes sucrés**, par le docteur Bouchinet, de Royat, *Coccoz*, Paris 1899.

— **De l'anophtalmie congénitale**, par le docteur Van Duyse, extrait des *Archives d'ophtalmologie*, 1899.

— **Consideraciones sobre la voz humana**, par le docteur Ant. de Gordon y de Acosta, La Havane, 1899.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

42e SEMAINE, DU 15 AU 21 OCTOBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	5
3 mois à un an	3	5
1 an à 2 ans	»	2
2 à 5 ans	1	»
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	8	4
40 à 60 ans	8	13
60 à 80 ans	12	15
80 ans et au-dessus	»	3
Total	40	47

Répartition des décès par quartier	NAISSANCES par Quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phthisie pulmonaire	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	8	6	4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	18	7	4	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	21	14	4	»	»	»	»	»	2	»	»	4	»	3	»	»	»	»	»	»	1	»
Wazemmes, 36,782 hab.	29	22	12	»	»	»	»	»	3	»	»	4	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»
Vauban, 20,381 hab.	6	6	4	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	6	9	5	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»
Esquermes, 11,381 hab.	10	7	5	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	14	5	4	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	15	9	3	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	3	1	»	»	»	»	»	»
Canteleu, 2,836 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	11	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total	136	87	47	»	»	»	»	»	11	»	»	9	1	10	6	1	1	»	»	»	1	»

N° 147. Troisième Année, N° 45. . Le Numéro : **10** centimes. 5 Novembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Varicocèle et Hypochondrie

par le Docteur **Lambret,** Chef de Clinique chirurgicale

FORGUE et RECLUS, dans leur article Varicocèle du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, s'expriment ainsi : « C'est une vieille remarque brillamment développée par DIDAY que l'homme est très impressionné par toutes les affections qui entraînent une menace contre sa virilité. » Il n'est pas rare, en effet, de voir des accidents nerveux venir compliquer une maladie intéressant un des étages des organes génito-urinaires. Pour le varicocèle, la chose est certainement beaucoup moins fréquente ; cependant nous avons récemment eu l'occasion d'observer un malade chez qui la simple constatation d'un varicocèle de moyen volume et peu douloureux avait suffi pour entraîner une préoccupation de tous les instants et avec le temps un abattement profond.

Voici cette observation rapidement résumée :

M. L..., 26 ans, clerc amateur, se présente à ma consultation le 4 mai 1899. Il raconte qu'il y a deux ans, à la suite d'une marche à cheval, il sentit quelque chose qui descendait dans les bourses. En s'examinant, il s'aperçut qu'il présentait du côté gauche une grosseur légèrement douloureuse. Il fut immédiatement très frappé, consulta un médecin et suivit un traitement qui n'aboutit malheureusement à aucune amélioration. Pendant la nuit, grâce au repos au lit, les veines diminuaient bien de volume, mais pendant le jour, par suite des positions verticales ou assises, le varicocèle allait plutôt en augmentant. Sa mère, qui l'accompagnait, me dépeint alors son état mental et me raconta que son fils est continuellement déprimé, sans cesse il pense à sa maladie, s'examine plus de cinquante fois par jour, ne rit jamais, ne s'intéresse à rien, fuit toutes les réunions de famille ou d'amis, se comporte, en un mot, comme un véritable misanthrope. Le malade me fait lui-même comprendre à demi-mot qu'il est complètement impuissant et que ce n'est pas là la moindre de ses misères. Je proposai alors la résection du scrotum qui fut acceptée et pratiquée le 7 mai. Cette petite opération ne présenta rien de particulier et eut des suites régulières. Depuis cette époque j'ai avec mon malade des relations amicales. Il a subi une véritable transformation morale : il est gai, actif et complètement revenu à l'état normal, son varicocèle est pour ainsi dire disparu. Toutes ses idées noires se sont envolées, les érections se produisent d'une façon tout à fait suffisante. Bref, guérison parfaite, qui est une véritable résurrection.

Notre ami, le Dr MEURISSE, de Thumesnil, nous disait avoir observé un malade à peu près analogue : il s'agissait d'un individu de 18 ans, qui était atteint

d'un varicocèle peu volumineux mais compliqué également d'impuissance génitale. Ce malade avait un caractère très sombre et attristait beaucoup sa famille par sa mauvaise humeur continuelle ; c'était d'ailleurs un névropathe de haut vol et un timide, il ne sortait jamais avec ses camarades car il n'osait les accompagner en tous lieux à cause de son impuissance. Espérant voir revenir sa gaieté, sa famille le poussait fortement vers l'opération, mais ces objurgations le fatiguèrent tellement qu'un beau jour, il s'enfuit à l'improviste et ne donna plus de ses nouvelles.

Nous ne pouvons nous appesantir ici sur la nature même de l'hypochondrie, ni étudier ses différentes variétés. Rappelons simplement pour nous fixer, la définition qu'en donne Ballet dans ses leçons cliniques : « A prendre le mot dans le sens le plus général, l'hypochondrie consiste en un trouble mental caractérisé par des préoccupations angoissantes et mal fondées relatives à la santé et à l'état morbide de divers organes. » La prédisposition, le terrain, ont un rôle considérable dans le développement de l'hypochondrie. La plupart des hypochondriaques présentent des tares nerveuses, ont une mentalité, si nous osons dire, en état de moindre résistance ; de là cette tendance à s'exagérer l'importance de leur affection, cette prédisposition à l'obsession qui les plonge en quelque sorte en une perpétuelle anxiété psychique. Ils voisinent avec ces neurasthéniques urinaires étudiés par Guyon. Ce sont, en général, des jeunes gens de classe aisée, qui ont une certaine instruction, malheureusement leur imagination s'est développée en même temps que leur intelligence, et elle leur dispense abondamment l'appréhension et l'épouvante. Le varicocèle présente d'ailleurs un certain nombre de symptômes physiques qui expliquent son action sur les terrains préparés ou qu'il prépare par sa chronicité. Ce sont surtout : le volume, la douleur, l'atrophie du testicule, l'impuissance génitale.

Le volume de la tumeur a une grande importance comme cause provocatrice de l'hypochondrie. Un gros varicocèle, un varicocèle qui s'accroît, frapperont davantage l'esprit ; le malade sera d'autant plus impressionné que l'augmentation du volume sera plus rapide, et que son paquet variqueux, plus long, ballottera pendant la marche, entre les cuisses. Toutefois il faut bien savoir que dans certains cas particuliers des varicocèles de moyen volume et même à peine marqués, ont suffi pour éveiller des troubles nerveux, par la seule influence de leur présence, chez des malades tout à fait prédisposés.

Ce n'est pas un des côtés le moins curieux du symptôme douleur dans le varicocèle, d'être dans certains cas tout à fait absent, et très marqué au contraire dans d'autres. Cette inconstance est du reste inexpliquée. Quand la douleur existe, elle peut se traduire par une sensation de lourdeur, de pesanteur dans les bourses, énervante par sa constance, ou bien on se trouve en présence de névralgies testiculaires, génito-crurales, capables d'irradier vers d'autres points, exaspérées par la marche, par la fatigue, etc.

L'atrophie du testicule est plus rare. On comprend à quel degré elle est, par sa nature même, capable d'impressionner l'état mental. Son mécanisme n'est pas bien élucidé ; elle est attribuée par certains auteurs à la compression exercée sur le testicule par le paquet veineux, d'autres en font un arrêt de développement de l'organe, conséquence de la présence de varices du jeune âge. Les malades connaissent l'inégalité de volume de leurs glandes séminales et s'en affectent d'autant plus que souvent l'atrophie suit une marche progressive ; ils sont alors tenaillés par la crainte de voir leur testicule disparaître tout à fait et ils redoutent l'impuissance consécutive.

L'impuissance génitale d'ailleurs et même l'inappétence génésique peuvent se montrer en dehors de toute altération testiculaire. L'inappétence génésique est la plus rare. Souvent au contraire les malades ont plus d'imagination que de puissance. L'impuissance est tantôt complète comme dans notre observation, tantôt relative, les érections sont alors insuffisantes : tel par exemple ce malade de Jamin, « homme âgé de 26 ans, qui raconte que l'émission spermatique n'est jamais accompagnée d'une érection suffisante pour conduire la verge dans le conduit vaginal. Quand, à 19 ans, il fit sa première tentative de coït, il ne put y avoir intromission et, depuis lors, il en a toujours été de même. Quoique dévoré de désirs vénériens, ce jeune homme voit ses rapports avec les femmes se borner à des manœuvres d'attouchements qui déterminent plus ou moins rapidement une éjaculation. Cette impuissance génitale n'a pas été sans influencer très fâcheusement le caractère du malade qui avoue, les larmes aux yeux, être hanté par les idées les plus sombres et avoir déjà songé au suicide. »

Après les causes, étudions l'effet. L'hypochondriaque, « victime de la contemplation abusive de ses varices, » exagère la gravité de son mal et l'intensité de ses symptômes, il est sans cesse à l'affût d'une sensation nouvelle, souvent imaginaire, mais dont la découverte qu'il croit faire, augmente encore ses misères. Toutes ses facultés sont tendues constamment vers la même idée, son intellect se déprime, il devient triste et affaissé, se couche mélancolique et se réveille de même. Il est, pour ce qui concerne son mal, d'une minutie méticuleuse, en arrive par exemple à changer plusieurs fois par jour son suspensoir ou simplement la ouate qui le garnit et attache à ces menus faits une importance extraordinaire. C'est un véritable misanthrope recherchant toujours la solitude pour brasser à son aise ses idées lugubres. Malheureux lui-même, il rend malheureux ses proches par son égoïsme, sa mauvaise humeur, son excitabilité excessive. Dans des cas plus graves encore, l'appétit et le sommeil disparaissent, les malades sont en proie à des crises gastriques très douloureuses, ils tombent dans un état de dépression tel que la vie leur devient insupportable. Il en est que ces préoccupations perpétuelles ont conduit au suicide.

A ce mal quel est le remède? C'est le moral surtout qui est atteint, c'est sur le moral qu'il faut agir. On devra montrer à ces malades combien est légère l'affection dont ils s'imaginent souffrir, rire de leurs craintes injustifiées puisqu'aucune complication n'est possible, les persuader dans des conversations répétées s'il le faut, qu'ils se sont naïvement exagéré la gravité de leur état puisqu'un traitement très simple va les guérir. Dans les cas légers on mettra alors en œuvre le traitement médical, on interdira les fatigues, les grandes marches, la station debout prolongée, la constipation, les excès vénériens, on ordonnera de porter un suspensoir élastique en soie à jour qui prenne bien la partie postérieure des bourses et de tonifier les enveloppes scrotales par des lotions froides et astringentes.

Mais ce traitement n'est pas infaillible et il ne convient qu'aux cas légers ; encore ceux-ci peuvent-ils s'aggraver, la tumeur peut augmenter de volume, les douleurs, l'atrophie du testicule, l'impuissance génitale faire leur apparition. Quelle conduite doit-on tenir, opérer ou ne pas opérer ? L'observation que nous avons rapportée au début de cet article est un exemple de guérison de l'hypochondrie par l'intervention chirurgicale ; mais il faut savoir que c(guérison n'est pas une règle absolue, les échecs s possibles, et parfois l'hypochondrie n'est nullem arrêtée dans sa marche. Aussi, un certain nombre chirurgiens, tel M. Duplay, refusent absolum d'opérer ces malades ; Sébileau écrit à ce sujet : (vous conseille de n'opérer qu'exceptionnellement hypochondriaques affaissés, ces lamentables débil de l'esprit, tous ces sujets qui, plus ou moins frap de dégénérescence mentale, sont souvent sur la pe de la folie des persécutions. D'abord vous ne les g rirez pas ces malades ; votre intervention sera d inutile. Ensuite ils ne manqueront pas de se retour contre vous et de rendre votre thérapeutique resp sable du mal dont ils continueront à souffrir. »

Cette abstention systématique ne doit pas (conseillée, le nombre respectable de malades actue ment guéris par la cure chirurgicale de leur vari cèle, plaide suffisamment en faveur de l'interventi D'ailleurs, l'opération du varicocèle quelle qu' soit — et il n'entre pas dans notre cadre de discı quel est le meilleur procédé — n'est pas une opérat grave ; l'antisepsie ou l'asepsie nous préservent l'infection, la conservation de l'artère spermati assure la vitalité ultérieure du testicule. Dans conditions nous estimons que le chirurgien ne (pas se refuser à opérer les malades chez qui coe: tent l'hypochondrie et le varicocèle. Sans doute a une chance d'insuccès à courir, mais les statistiq nous montrent qu'elle est suffisamment minime. N admettrons donc avec Saussol (1) qu'il faut opér

1° Lorsque le malade est franchement hypoch driaque ; sa préoccupation et sa mélancolie s'acc tuant et exerçant une action continue sur son es jusqu'au point de menacer l'intégrité mentale ;

2° Lorsque le malade est affecté moralement ; suite d'une atrophie testiculaire ou d'une impuissa précoce.

L'opération fait disparaître les douleurs, régres les paquets variqueux, récupérer la puissance géni et souvent restitue un volume normal au testic atrophié ; voilà donc un certain nombre de causes l'hypochondrie qui se trouvent supprimées, et comprend que leur disparition exerce sur elle ı salutaire influence. Dans la très grande majorité cas, elle disparaît d'une façon définitive, le caract change complètement, la gaîté renaît, les malades

(1) Th. Paris, 1897 (inspirée par Reclus).

prennent de nouveau à aimer la vie et leurs semblables. Cependant il faut reconnaître que dans quelques observations l'amélioration n'a été que passagère ; après quelques mois de répit l'hypochondrie a ressaisi le malade. Inutile de dire que dans ces cas ce n'est plus le varicocèle qui doit être incriminé ; en face de ces névropathes, la chirurgie est tout à fait désarmée.

Sur un cas de leucémie

Par MM. **Potel**, chef de clinique, et **Drucbert**, interne des hôpitaux.

Les cas de leucémie sont encore relativement rares. Nous avons pu en observer récemment, dans le service de M. le Professeur Dubar, un cas intéressant. Malheureusement notre étude s'est trouvée écourtée, malgré nous, car la malade n'a fait que passer dans le service.

Entrée à l'hôpital alors que son affection était déjà à un stade très avancé, la malade nous a quitté au bout de quelques jours, avant le dénouement final.

Telle quelle, nous présentons cette observation qui nous a paru intéressante, surtout au point de vue clinique.

Irma X..., âgée de 20 ans, célibataire, exerçant la profession de fileuse, entre dans le service de M. le professeur Dubar, le 15 juillet 1899, pour des douleurs abdominales et une tuméfaction des ganglions du cou.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade a 65 ans, sa mère 63 ans, et tous deux sont habituellement bien portants. Quatre frères et deux sœurs sont en bonne santé. Deux sœurs aînées de la malade sont mortes, vers l'âge de 15 ans, d'affection indéterminée.

Antécédents personnels. — Dans son jeune âge, la malade a eu la varicelle ; à part cette affection très bénigne, elle a toujours été bien portante. On ne trouve pas chez elle de stigmates de scrofule ni de syphilis. Dès l'âge de 16 ans, la menstruation s'est installée régulièrement ; les règles duraient trois jours et étaient peu abondantes.

Il y a deux ans, la malade fut atteinte d'une vaginite qui guérit sans complications.

Il y seize mois, la malade devint enceinte ; sa grossesse se passa très bien, sans vomissements, sans aucun trouble, sauf une exagération de l'appétit.

Le 3 décembre 1898, elle accoucha à terme et normalement d'un enfant mâle de poids moyen et bien constitué ; les suites de couches furent excellentes et la malade reprit son travail au bout de trois semaines. Elle n'allaita son enfant que pendant huit jours. La malade perdit un peu de sang trois semaines après ses couches ; ses règles revinrent les mois suivants peu abondantes ; depuis trois mois elles ont définitivement disparu, bien que la malade ne présente aucun signe de grossesse.

Histoire de la maladie. — Vers la fin d'avril 1899, la malade fut prise, sans cause apparente, de douleurs abdominales, assez vives pour la forcer à s'aliter pendant plusieurs jours. Les douleurs s'atténuèrent, mais la faiblesse, l'amaigrissement continuèrent à progresser, obligeant la malade à cesser tout travail. Son état s'aggravant, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — L'état général est mauvais. La malade est très faible, l'amaigrissement est notable, les mamelles sont peu développées. Les téguments sont pâles, d'une teinte cireuse, les muqueuses conjonctivales et labiales sont décolorées, les sclérotiques ont un reflet jaunâtre. Les pommettes ne sont point colorées. Il n'existe pas de bouffissure des paupières.

Ganglions. — La région latérale droite du cou est le siège d'une tuméfaction considérable due à l'hypertrophie des ganglions de la région carotidienne.

Cette tuméfaction date de sa grossesse, elle était légèrement douloureuse au début, elle a subi des alternatives d'accroissement et de diminution.

Ces ganglions ont une consistance ferme, mais sans dureté. Ils sont mobiles et n'adhèrent ni à la peau ni aux parties profondes. Ils sont incomplètement fusionnés et indolores à la palpation. On trouve un petit ganglion derrière la clavicule droite.

Les ganglions du côté gauche du cou, ceux des régions sous-occipitale, parotidienne, amygdalienne, axillaire, inguinale, poplitée, etc., paraissent normaux.

Les *os et les articulations* ne sont le siège d'aucune douleur ni d'aucun gonflement. Il n'y a point d'œdème malléolaire.

Appareil digestif. — La muqueuse buccale est pâle, la langue est couverte d'un léger enduit saburral. Les gencives ne saignent pas et ne sont pas tuméfiées ; mais, il y a quatre mois, elles ont été douloureuses. La salivation, la déglutition, la phonation sont normales. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées.

L'appétit est nul ; la malade a du dégoût pour les aliments et n'accepte que du lait, du vin et des œufs. Elle a eu quelques vomissements quand on a tenté de lui donner une alimentation plus substantielle. Il existe une constipation légère qui cède facilement aux lavements.

Le ventre n'est pas ballonné ; il est un peu sensible et se défend contre la palpation. Le foie est indolore, légèrement augmenté de volume, on n'y sent pas de nodosités.

La rate est hypertrophiée, occupe tout le flanc gauche, descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; elle déborde la ligne médiane de 2 centimètres. La percussion donne une matité occupant 17 centimèt. dans le sens vertical, 19 dans le sens transversal. La palpation permet de délimiter le bord de la rate ; celle-ci est lisse, élastique et peu douloureuse. A l'auscultation, on ne perçoit pas de souffle splénique.

Appareil circulatoire. — Rien à noter du côté du cœur, sa pointe bat dans le 5me espace intercostal. Le pouls est fréquent (132 pulsations). On entend un léger souffle anémique au niveau des vaisseaux du cou. Il n'y a eu ni purpura, ni hémorrhagies sous-muqueuses. Il y a quinze jours la malade a présenté une épistaxis qui s'est répétée le lendemain. Cette épistaxis n'a eu aucun caractère de gravité et ne s'est pas reproduite depuis.

Sang. — Le sang recueilli par piqûre du doigt est très pâle : la petite plaie saigne peu.

L'examen numérique a fourni comme résultats :

N	=	2.077.000
R	=	1.108.153
G	=	0.53
L	=	158.000

On constate donc une grande pauvreté de sang en globules rouges et surtout en hémoglobine. Il y a un leucocyte pour 13 hématies.

Appareil respiratoire. — La malade tousse un peu la nuit, elle n'a pas d'expectoration ; pas de dyspnée.

A la percussion on a un peu de matité du côté droit de la

colonne vertébrale. Les bruits respiratoires sont diminués dans le poumon droit, presque éteints à la base.

Urine. — Voici les résultats fournis par l'analyse des urines : Volume pour 24 heures, 1400 cc., aspect limpide, réaction acide, densité 1.009. Il n'y a ni sucre, ni albumine ; quantité d'urée par litre 15 gr. 37, acide urique 0,63, acide phosphorique 0,80 et chlore 0,50.

Ces quantités rapportées à 24 heures donnent :

Urée.	21 gr. 51
Acide urique	0 gr. 88
Chlore	0 gr. 70
Acide phosphorique	1 gr. 12

Ce taux d'élimination ne présente rien de bien normal.

Appareil génital. — Ainsi que nous l'avons déjà relaté, la menstruation est supprimée depuis le 20 avril.

Appareil nerveux. — La malade est calme, plutôt apathique pendant la journée. Elle a un peu d'insomnie la nuit. Elle n'a jamais eu de délire, ni aucun trouble nerveux.

Température. — La température de la malade est très élevée, elle atteint 39°8 le soir de son entrée ; les jours suivants elle est restée proche de 39°6, puis de 39°3, à l'exception d'une légère rémission (38°) qui s'est produite le 19 juillet matin.

Diagnostic. — Nous nous trouvons donc en présence d'une lymphadénie avec leucémie à début lent et insidieux, mais dont l'allure, d'abord chronique, a subi une poussée aiguë et une aggravation rapide.

Traitement. — Nous essayons de remonter les forces de la malade, mais nous nous heurtons à une intolérance de l'estomac pour les aliments solides. Une vessie de glace est appliquée sur la région splénique.

La malade est soumise au traitement arsenical sous forme de liqueur de Fowler à l'intérieur.

Le 21 juillet, la température était de 39°3 le matin, la numération des globules donna les résultats suivants :

Hématies	2.077.000
Leucocytes	46.500
Rapport	1/44

Cette apparente amélioration dans l'état du sang contrastait avec l'état de faiblesse croissant de plus en plus. Nous ne pouvions pas attribuer une diminution si brusque des globules aux quelques gouttes de liqueur de Fowler, que la malade a pu absorber.

Mais c'est un fait qui n'est pas exceptionnel dans la leucémie, qu'une disparition subite des globules blancs à l'approche du terme fatal de la maladie. Eisenlohr, Seelig, Müller, Gilbert l'ont déjà signalé. La courbe thermique plaide aussi en faveur de cette interprétation ; la température était :

Le 21 au soir à 39°2 ;
Le 22 matin 38°2, soir 37°9 ;
Le 23 matin 36°4, soir 37°1 ;
Le 24 matin 35°8.

La fréquence du pouls a diminué progressivement mais faiblement avec la température ; de 132, les pulsations sont passées à 100°.

Les parents, voyant la malade décliner rapidement, ont tenu à la reprendre, mais tout nous fait prévoir que la mort de la malade est très proche, si elle n'est déjà survenue à l'heure où nous rapportons son histoire.

Nous avons donné cette observation, tout incomplète qu'elle soit, à titre de contribution à l'étude clinique des lymphadénies. Nous regrettons que les circonstances nous aient contraints à limiter là notre étude.

Recherches sur la glycosurie alimentaire chez les femmes enceintes

PAR MM.

F. Combemale, Professeur de clinique médicale, ET **M. Oui,** Agrégé d'accouchements.

Les recherches dont nous apportons aujourd'hui les résultats au Congrès de Médecine ont été faites sur des femmes enceintes entrées, pour se reposer quelques jours, dans le service de clinique médicale de l'hôpital de la Charité.

Les analyses chimiques et les examens polarimétriques ont été faits au laboratoire des cliniques et au laboratoire de pharmacie, avec le concours de MM. les Docteurs Carrière et Deroide.

Dans tous les cas, l'épreuve de la glycosurie alimentaire ne fut faite qu'après analyse complète qualitative et quantitative des urines émises en vingt-quatre heures, montrant l'absence complète d'éléments anormaux et faisant constater les quantités habituelles des éléments normaux de l'urine.

Voici, maintenant, les résultats obtenus :

Observation I. — II pare, 22 ans. Grossesse de six mois sans phénomènes pathologiques.

Absorption à jeun de 75 grammes de sirop de sucre.

La présence de la glycose est constatée dans les urines recueillies une heure et deux heures après l'absorption. Elle fait défaut dans les urines des troisième, quatrième et cinquième heures.

Observation II. — II pare, 21 ans. Grossesse de cinq mois, sans complications.

Perméabilité rénale normale (épreuve par le bleu de méthylène).

Absorption à jeun de 75 grammes de sirop de sucre.

La glycose est constatée dans les urines des quatre premières heures.

Toxicité urinaire. — 82 cmc. sont nécessaires pour tuer un kilogr. de lapin (vitesse d'écoulement 2 cmc. par minute).

Observation III. — VII pare, 34 ans. Grossesse de six mois. Tuberculose pulmonaire au premier degré.

Epreuve de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène normale.

Toxicité urinaire. — 120 cmc. d'urine sont nécessaires pour tuer un kilogr. de lapin.

Absorption à jeun de 75 grammes de sirop de sucre.

Les urines sont recueillies toutes les heures pendant cinq heures. La glycose est constatée dans les urines des quatre premières heures ; la dose maxima, dans les urines recueillies deux heures après l'absorption du sucre.

Observation IV. — II pare, 20 ans. — Hystérique. — A eu des attaques convulsives.

Grossesse de trois mois. — Quelques vomissements.

Epreuve de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène normale.

Absorption à jeun de 75 grammes de sirop de sucre.

Présence de la glycose constatée dans les urines recueillies pendant les trois premières heures.

OBSERVATION V. — I pare, 23 ans. Grossesse de cinq mois, normale.

Epreuve de la glycosurie alimentaire comme ci-dessus.

La glycose est retrouvée dans les urines des quatre premières heures, elle fait défaut dans les urines de la cinquième heure.

Toxicité urinaire. — 66 cmc. d'urine sont nécessaires pour tuer un kilogr. de lapin.

OBSERVATION VI. — II pare, 22 ans. Grossesse de quatre mois, normale.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire, faite dans les mêmes conditions, a donné des résultats absolument négatifs.

L'épreuve de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène n'avait rien fait constater d'anormal.

Nous ne voulons, quant à présent, rien conclure d'observations trop peu nombreuses. Les résultats que nous avons obtenus sont analogues à ceux que BROCHARD a publiés à la Société de Biologie (décembre 1898) et que CHARRIN a portés, cette année même, à l'Académie des Sciences, avec cette différence, que ces auteurs avaient employé la glycose et que nous avons eu recours à la saccharose à dose peu élevée.

Nous nous contenterons d'appeler l'attention sur ce fait que dans les cas où nous avons pu explorer la perméabilité rénale et faire l'épreuve de la toxicité urinaire, nous avons constaté le fonctionnement régulier du rein en même temps qu'une hypotoxicité urinaire manifeste et que, dans tous ces cas, sauf un, la glycosurie alimentaire a été obtenue.

Note sur deux cas d'empoisonnement par le Datura Stramonium

par M. C. Tondeur,
Aide-préparateur du cours de médecine légale à la Faculté.

Dans le courant du mois de septembre, nous avons observé, dans le service de M. le professeur agrégé AUSSET, à l'hôpital Saint-Sauveur, deux cas d'empoisonnement consécutifs à l'ingestion de graines de Datura Stramonium. Etant donné la rareté de ce genre d'intoxication, M. le professeur agrégé AUSSET nous a conseillé de publier nos deux observations :

OBSERVATION I. — Dans l'après-midi du 12 septembre, vers 6 heures, le jeune B., Joseph, âgé de 9 ans et demi, demeurant à Fives, a ingéré les graines contenues dans un fruit de Datura.

Vers sept heures apparaissent les premiers symptômes de l'empoisonnement. MM. les docteurs WARTEL et BIÉRENT, appelés par la famille, voient le jeune B... vers sept heures et demie. Ils constatent les symptômes suivants : mouvements désordonnés, délire, hallucinations de la vue, face injectée, dilatation très accentuée des pupilles (l'iris est à peine visible). En interrogeant les camarades du jeune B..., le docteur WARTEL apprend que ce dernier, en jouant dans un jardin, a mangé des graines d'une plante. Cette plante a été reconnue pour être le Datura.

On administre au jeune B... un vomitif, du café, du tannin ; on lui fait plusieurs piqûres d'éther.

L'état du petit malade semblant s'aggraver, MM. les docteurs WARTEL et BIÉRENT conseillent à la famille de le faire transporter à l'hôpital Saint-Sauveur.

Vers minuit, l'enfant entre dans le service de M. le professeur-agrégé AUSSET.

L'interne de garde constate les symptômes suivants : Face rouge ; peau très chaude, pupilles fortement dilatées. Agitation extrême, hallucinations, délire. L'enfant tient des propos incohérents. Pas de convulsions. Pouls : petit et rapide. 160 pulsations.

On administre un vomitif (0,50 centigrammes de poudre d'ipéca).

Pendant la nuit : délire, hallucinations, agitation extrême (Le malade veut sortir de son lit). Vomissements abondants ; pas de diarrhée.

13 septembre, neuf heures du matin : Dilatation pupillaire très marquée. Face congestionnée. Peau chaude. Agitation très vive. Hallucinations de la vue (Le malade croit voir des chevaux autour de son lit).

Le malade répond avec une loquacité extraordinaire aux questions qui lui sont posées.

Entre deux questions, il tient parfois des propos incohérents.

Le jeune B... accuse une sensation de cuisson dans la bouche, la gorge et le long de l'œsophage. La langue est rouge ; céphalalgie frontale très intense ; pas de bourdonnements d'oreille ; pas de surdité.

La vision à distance est normale ; la vision de près semble diminuée. La vision des différentes couleurs est bien nette. Le jeune B... accuse d'une façon très nette une sensation de mouches volantes passant devant les yeux.

Sensibilité générale légèrement émoussée ; pas de paralysies des membres ; pas de tremblement ; pas de convulsions ; les battements cardiaques sont bien frappés ; pas de bruits anormaux ; pouls : 84 pulsations ; température : 37°2.

Pas de vomissements, pas de diarrhée.

Le malade n'éprouve pas de besoins fréquents d'uriner. Pas de sensation de brûlure au moment de la miction.

Les urines, de coloration normale, ne renferment ni albumine, ni sucre.

En entendant parler le jeune B..., on est frappé de la raucité de sa voix.

Dans la matinée, on administre un lavement purgatif. Ce lavement est suivi de plusieurs selles diarrhéiques renfermant des graines de Datura. On administre également de l'eau iodée, du tannin, du café.

Vers 5 heures de l'après-midi, les différents symptômes ont diminué d'intensité. Dilatation pupillaire moins marquée. Le malade accuse encore une sensation de brûlure dans l'arrière-gorge et le long de l'œsophage. Le délire et les hallucinations persistent. Nuit assez agitée.

14 septembre. Plus d'agitation, plus de délire. Dilatation pupillaire très faible. Le malade, qui répond

très facilement aux questions qui lui sont posées, accuse encore une sensation de brûlure le long de l'œsophage, sensation moins marquée que la veille. Ni diarrhée, ni vomissements. Urines normales.

15 septembre. Tous les symptômes observés les jours précédents sont disparus. L'enfant sort du service complètement guéri.

OBSERVATION II. — Dans le courant de l'après-midi du 12 septembre, vers six heures, la jeune G..., Adrienne, ingère les graines contenues dans deux fruits de Datura.

Vers sept heures, apparaissent les premiers signes de l'intoxication. MM. les docteurs WARTEL et BIÉRENT, qui voient la jeune G.. vers huit heures, constatent chez elle les mêmes symptômes que chez le jeune B..., Joseph. Même traitement.

L'enfant entre dans le service de M. AUSSET vers minuit.

Nous ne relaterons pas en détail les phénomènes cliniques que nous avons observés : ils sont en tout semblables à ceux que nous avons notés chez le petit garçon précédent, et les deux tableaux symptomatiques étaient absolument identiques. Cela tient très vraisemblablement à ce que l'action du poison était arrivée à la même période, les enfants l'ayant absorbé simultanément, à une dose sensiblement égale, et l'âge des deux sujets étant à peu près le même.

Le traitement a été le même que dans le cas précédent.

15 septembre. Tous les symptômes sont disparus. L'enfant sort de l'hôpital complètement rétablie.

Le Datura Stramonium (Stramoine, pomme épineuse), Solanée originaire d'Amérique, est assez commun en Europe. Cette plante se rencontre principalement dans les terrains sablonneux, sur le bord des chemins, où elle croît spontanément. On la trouve assez souvent dans les jardins, cultivée comme plante ornementale.

Le fruit du Datura est caractéristique. C'est une capsule épineuse ayant les dimensions d'une noix. Cette capsule renferme des graines noires, réniformes. A l'état de maturité, ces graines présenteraient, paraît-il, une saveur assez agréable.

Les diverses parties de la plante, le fruit, en particulier, renferment un principe actif, très toxique, la daturine.

Cet alcaloïde, possédant les propriétés de l'atropine, est considéré, par quelques auteurs, comme un mélange d'hyosciamine et d'atropine.

L'empoisonnement par le Datura est commun aux Indes. « Le Datura est surtout employé par les Hindous pour produire l'insensibilité et le délire qu'ils cherchent dans quelques-unes de leurs pratiques criminelles. Les médecins anglais qui ont exercé dans ces contrées signalent les effets rapides des préparations du Datura » (1).

En France, cet empoisonnement est assez rare. Nous en trouvons plusieurs observations dans la thèse de Lautier (2).

L'auteur de cette thèse qui, vers l'âge de 14 ans, présenta des symptômes d'intoxication d'une certaine gravité, après avoir ingéré accidentellement des graines de Datura, publie sa propre observation dans son travail.

En 1896, M. le professeur DIEULAFOY a publié une très curieuse observation, dans laquelle trois adultes sont empoisonnés à la suite de l'ingestion d'un plat d'épinards, renfermant des feuilles de stramoine. La confusion entre les deux plantes est, paraît-il, possible. Quand la stramoine est toute jeune, elle offre, pour un œil peu connaisseur, l'aspect d'un pied d'épinard monté (3).

Dans toutes ces observations, nous retrouvons la même symptomatologie ; nous pouvons la résumer ainsi :

Congestion de la face, dilatation pupillaire très marquée, sécheresse de la bouche, sensation de brûlure dans le pharynx et le long de l'œsophage, ivresse rappelant l'ivresse alcoolique, vertiges, hallucinations de la vue, pouls généralement petit et rapide, raucité de la voix, troubles de sensibilité.

Le traitement de cette intoxication comporte plusieurs indications. Il faut évacuer le poison qui se trouve dans l'estomac et dans l'intestin.

Pour ce faire, on administre un vomitif, de la poudre d'ipéca, par exemple, à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gramme.

On peut avoir recours à la sonde œsophagienne et à la pompe stomacale.

Quand on juge que la substance toxique est passée dans l'intestin, on administre un purgatif ou un lavement purgatif.

Il faut aussi s'efforcer de neutraliser le poison qui peut rester dans le tube digestif.

Dans ce but, on administre du tannin, de l'infusion de café, de l'eau iodée (BOUCHARDAT). Enfin il importe de favoriser la diurèse (le poison s'éliminant par les reins) ; on administrera alors des tisanes diurétiques.

(1) TARDIEU. *Etude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement.* Paris, 1875.

(2) LAUTIER. *Thèse de Paris*, 1875.

(3) *Presse Médicale*, 1896, n° 182.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Gautier préconise la voie hypodermique dans la médication cacodylique, de préférence aux voies buccale et rectale. On évite ainsi les réductions qui se produisent dans l'intestin et peuvent déterminer des troubles assez sérieux.

Société de Chirurgie. — M. Demoulin a fait une gastro-entérostomie pour tumeur pylorique. Après l'intervention, la tumeur a régressé au point de n'être plus perceptible.

— M. Tuffier recommande les lavages de l'estomac pendant les jours qui suivent la gastro-entérostomie.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Sérieux étudie la relation entre la paralysie générale et la syphilis. Dans les cas qu'il a étudiés, la syphilis paraissait certaine ou probable dans 78 °/₀ des cas. Néanmoins, la fréquence de l'hérédité névropathique (70 °/₀) prouve que la dégénérescence mentale joue également un rôle prépondérant dans l'éclosion de méningo-encéphalite.

— D'après M. Du Castel, l'alcoolisme et le surmenage seraient des facteurs très importants.

Société de Biologie. — MM. Gilbert et Castaigne ont constaté que dans la colique hépatique il existe un arrêt inhibitoire des fonctions du foie.

Analyses de Mémoires français & étrangers

Etude étiologique et clinique de la colite muco-membraneuse, par L. Vouzelle (*Gazette hebdomadaire*, 1899, p. 769-775).

C'est à Laboulbène que revient l'honneur d'avoir séparé les muco-membranes des fausses membranes. La colite muco-membraneuse est une maladie éminemment chronique, étroitement liée à la diathèse neuro-arthritique, caractérisée par des phénomènes d'atonie et de spasmes intestinaux douloureux, s'accompagnant de constipation opiniâtre et du rejet dans les selles de muco-membranes. Ce dernier signe est le plus important.

Les muco-membranes sont les produits de sécrétion des glandes de l'intestin inflammées. Si le mucus est éliminé peu après son excrétion, il apparaît dans les selles sous formes de glaires filantes, de mousse ou d'écume. A un premier degré de concrétion, il prend l'aspect de blanc d'œuf coagulé. C'est dans les cas de débâcle, à la suite de rétention des matières, que le mucus apparaît dans sa forme typique. Tantôt ce sont des filaments pris pour des oxyures, tantôt des cylindres portant l'empreinte des plis de la paroi intestinale. Ces matières sont mêlées à chaque selle, ou bien le malade n'en élimine que par crises. A la suite de rétention prolongée, elles peuvent être rendues en véritables paquets.

La constipation est presque constante, précoce et opiniâtre : souvent matières et membranes déterminent une véritable obstruction. Survient alors une débâcle énorme, suivie de diarrhée ; puis, la constipation reparaît. C'est une fausse diarrhée : les selles liquides sont constituées uniquement par les sérosités qui ont pu se glisser entre les scybales et la paroi.

Des gouttelettes ou des stries sanglantes s'observent fréquemment sur les scybales.

La lithiase intestinale est fonction de colite muco-membraneuse : sécrétion exagérée de mucus formant des noyaux autour desquels se déposent les sels calcaires, apport de ces sels par la desquamation épithéliale. Les calculs intestinaux sont des grains de sable de couleur brun clair.

La douleur joue un rôle capital ; il existe une douleur habituelle et, en outre, des crises. Le siège presque constant de la douleur provoquée est l'angle gauche du côlon. La paroi abdominale est extrêmement flasque ; la ptose viscérale est généralisée. Le cœcum et le côlon sont en état de relâchement : on a la sensation de l'intestin chiffon. L'état de spasme n'est nullement incompatible avec l'atonie : tout au contraire, il lui succède et alterne avec elle. Dans ce cas, le côlon est senti sous forme de corde dure de la grosseur d'un doigt.

Les hémorrhoïdes ont une complication habituelle. Chez les enfants, on a signalé des dermatoses prurigineuses.

La colite muco-membraneuse est chronique. Le début en est insidieux ; il s'agit, le plus souvent, d'une femme arthritique et nerveuse, fréquemment atteinte d'une affection utérine. La période d'état persiste des années et la maladie résiste à tout traitement.

Il existe une forme continue grave, avec fièvre et hémorragies intestinales. Elle peut alors entraîner la mort par cachexie ou par complications.

La colite est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit ordinairement. Comme la goutte, elle est l'apanage des classes aisées. Les enfants n'en sont pas exempts : cependant, elle n'apparaît guère avant quatre ou cinq ans. Son maximum est de vingt-cinq à quarante-cinq ans ; les femmes sont surtout atteintes, à cause de leur constipation habituelle. Pour la plupart des auteurs, il s'agit d'une maladie diathésique et constitutionnelle sous la dépendance du neuro-arthritisme. Et, de fait, tous les sujets sont des nerveux. Pour Lyon, on pourrait invo-

quer un trouble nervo-moteur local périphérique portant sur le système nerveux abdominal. Mais on ne peut nier l'énorme influence de la ptose dans la pathogénie de cette colite : cette ptose entrave le cours des matières, et d'autre part la sangle ventrale relâchée n'agit plus pour les faire progresser. Des troubles sécrétoires se manifestent par une hypersécrétion des glandes de l'intestin.

La stase détermine la résorption de la partie liquide du contenu intestinal ; les matières durcies deviennent ovillées et, par leur contact prolongé, irritent la muqueuse. Ceci aggrave encore la constipation : des réflexes surviennent, amenant de violentes contractions spasmodiques, segmentaires, se faisant sur place et n'activant nullement la marche des fèces vers le rectum. Les glandes réagissent alors en sécrétant des quantités considérables de mucus. Toute la partie liquide de ce mucus se résorbe ; les mucosités se concentrent en masses rubanées, en cylindres qui s'accolent aux parois de l'intestin.

L'intestin distendu finit par réagir, la débâcle survient, qui le vide. Il est des cas pourtant où l'obstruction se constitue. Il reste à expliquer les poussées fébriles signalées par MATHIEU : force nous est bien d'admettre l'intervention d'infections secondaires. Tout d'ailleurs concourt à les faciliter : l'état de la muqueuse, dépouillée de son épithélium, les matières en fermentation qui font de l'intestin un merveilleux milieu de culture. Le colibacille domine et on doit lui attribuer une bonne part des accidents. Il est des cas pourtant où, seules, apparaissent des poussées s'accompagnant de malaise général, de prostration, de courbature ; la fièvre ne se montre pas, mais la cachexie s'installe : l'auto-intoxication doit ici être mise en cause.

BIBLIOGRAPHIE

La pratique des accouchements. — Obstétrique journalière, par HENRI VARNIER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, accoucheur des hôpitaux, secrétaire général de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie. — Paris, G. STEINHEIL, éditeur.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'analyser en un espace restreint, le beau livre que VARNIER vient de livrer au public médical. Comment, en effet, dans une brève notice bibliographique, entrer dans le détail des 450 pages qui composent cet ouvrage et des 387 figures qui l'illustrent ?

Je me contenterai donc d'indiquer le but cherché par l'auteur et d'examiner s'il l'a atteint et de quelle façon.

Le but, VARNIER l'indique excellemment lui-même, dans la préface et je ne puis mieux faire que de lui laisser la parole sur ce point : « Le programme est le suivant : étant donnée une femme qui se croit enceinte et vient vous consulter, reconnaître sa grossesse, la surveiller et la conduire sans encombre jusqu'au terme, faire que l'enfant naisse vivant, en présentation du sommet, que la délivrance soit simple et complète et les suites de couches aseptiques. C'est, en résumé, la pratique raisonnée de ce que l'on pourrait appeler, avec GUILLEMEAU, « l'heureux accouchement. »

Ce programme a eu, tout d'abord, un résultat heureux. Le livre de VARNIER est débarrassé des trop longues pages consacrées dans les traités classiques à l'anatomie et à la physiologie des organes génitaux à l'état de vacuité et à l'embryologie. Ici, point de ces fastidieux chapitres copiés plus ou moins de discernement et d'habileté dans des traités d'anatomie et de physiologie. C'est un livre d'obstétrique, il n'y est question que d'obstétrique.

Est-ce à dire que l'auteur a négligé les renseignements anatomiques sans lesquels il est impossible de comprendre et de raisonner la pratique obstétricale ? Non certes et il est permis d'affirmer que dans aucun autre traité *l'anatomie et la physiologie de l'utérus puerpéral* n'ont été étudiées avec autant de soin et sur des documents aussi précis. Ceux qui liront les chapitres consacrés à *l'utérus gravide aux approches du terme*; à *l'attitude du fœtus à terme dans l'utérus* se rendront facilement compte de l'utilité de ces études anatomiques exactes, trop souvent négligées jusqu'ici. Après quoi, je leur conseillerai de méditer *l'étude analytique de la délivrance* et de la comparer aux descriptions fantaisistes de nombreux accoucheurs. Il verront facilement combien la connaissance de *faits réels* modifie heureusement la pratique.

L'originalité de ce livre, le meilleur gage de son succès, c'est justement le soin apporté par l'auteur à ne rien avancer qui ne soit appuyé sur des documents d'indiscutable valeur : documents anatomiques dans certains cas, cliniques dans d'autres, mais toujours merveilleusement démonstratifs.

C'est, ici, le lieu de dire toute l'importance du rôle que joue l'iconographie dans le livre de VARNIER. Non seulement la partie anatomique, mais aussi la partie clinique ont été illustrées *photographiquement*. C'est la nature même que nous avons sous les yeux et nous ne saurions trop féliciter l'auteur d'avoir donné à son livre ce qu'il appelle « un cachet presque outré de réalisme ».

Appuyé sur des bases anatomiques et cliniques aussi solides, VARNIER a mis dans son livre toutes ses qualités d'éducateur et de professeur. Il a su, tout en mettant en vedette les choses importantes, ne pas négliger les détails ; il a su donner à ses démonstrations une tournure vivante qui en rend toujours facile la lecture. Il a réussi à constituer un remarquable recueil de faits qui est en même temps un admirable livre d'enseignement.

Ce livre est destiné aux élèves et aux praticiens. Aux uns et aux autres il rendra les plus grands services. Ils y trouveront un enseignement véritablement mais non pas étroitement pratique, un enseignement basé sur les faits, sur la raison et non pas sur des impressions ou sur des affirmations traditionnelles.

« Dans ces *leçons pratiques d'Eutocie*, dit l'auteur, je me suis efforcé de condenser ce qui ne peut être fructueusement étudié que dans une clinique obstétricale, soit au chevet de l'expectante de la parturiente, de l'accouchée, soit au laboratoire et à la salle d'autopsie. »

Après avoir lu son livre, je n'ai qu'un désir à exprimer, c'est que, après ces *leçons pratiques d'Eutocie* si solides et à la fois si brillantes, VARNIER, dans quelques années, nous donne quelques leçons pratiques de Dystocie aussi intéressantes, aussi instructives et aussi bien venues que leurs aînées.

Dr M. OUI.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le vendredi 3 novembre a eu lieu, devant un jury composé de MM. DUBAR, président, CHARMEIL, BAUDRY, WERTHEIMER, OUI, les épreuves du concours pour l'Internat.

A l'épreuve écrite sortit la question : *Vessie ; Sécrétion urinaire ; Symptômes, diagnostic et traitement des calculs vésicaux*. A l'épreuve orale ce fut : *Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse*. A l'épreuve dite de garde, nouvellement introduite dans le programme, sortirent les questions : *Manuel opératoire de l'injection intra-utérine après l'accouchement ; Traitement d'urgence de l'épistaxis*.

A la suite de ces épreuves, ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Bonnefoy, Lesne, Duvivier, Brassart, Bournoville ; Internes provisoires : MM. Paucot, Chancel.

— Le **concours pour l'adjuvat d'anatomie**, commencé le 24 juillet devant un jury composé de MM. les professeurs Debierre président, Wertheimer, Laguesse, Bédart, assesseurs, comportait comme préparation de pièces sèches : *les artères du membre supérieur à partir de l'humérale, les artères du membre inférieur à partir de la fémorale ; la capsule de Ténon.*

Le 25 octobre, a eu lieu l'épreuve écrite : *glandes salivaires, salive et sécrétion salivaire*, puis l'épreuve orale : *urèthre mâle.*

A la suite des épreuves, MM. Romignot et Colle ont été proposés pour les deux places libres d'aide d'anatomie. M. Maes a été présenté en troisième ligne.

— Le concours entre internes pour l'obtention des prix offerts par l'**Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux** a eu lieu les mardi 31 octobre et jeudi 2 novembre.

En médecine, la question sortie de l'urne était : *Etiologie, symptômes et traitement de l'ascite.* Le diagnostic des malades examinés était pour l'un : *rhumatisme polyarticulaire aigu avec endocardite* ; pour l'autre : *hémianesthésie, hémitremblement, paralysie intestinale hystérique.* M. Dubois a été proclamé lauréat.

En chirurgie, le sujet écrit à traiter était : *Traitement du cancer du rectum.* A l'oral, ont été examinés, un malade atteint de *périhépatite avec ascite et pleurésie droite tuberculeuse* ; un malade porteur d'un *ulcère variqueux.* M. Lamote a été proclamé lauréat.

La **rentrée solennelle des Facultés**, que l'*Echo médical du Nord* saluait chaque année d'un numéro spécial, dit des Etudiants, est ajournée à des temps meilleurs ; ainsi en a décidé le Conseil de l'Université.

Une manière de rentrée de la Faculté de médecine vient cependant d'être votée par le Conseil de la Faculté. La date et l'apparat qu'elle revêtira ne sont pas encore fixés, mais des affiches spéciales préviendront les étudiants en temps utile.

La distribution des récompenses aux étudiants : prix de fin d'année, prix de thèses, prix divers, y sera proclamée.

Nous sommes en mesure d'annoncer dès maintenant à nos lecteurs, qu'en ce qui concerne le **prix de thèses**, la Commission instituée dans ce but propose, pour la *médaille d'or*, M. le docteur Mouton ; pour la *médaille d'argent*, M. Chatelain ; pour des *médailles de bronze*, MM. les docteurs Castellant et Caumartin, Mme la doctoresse Bernson.

Le **prix des amis de l'Université** a été attribué à M. Raviart, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur les *cavités pathologiques de la moelle.*

Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord

Dimanche 29 octobre, se tenait, à Douai, l'assemblée générale annuelle de l'**Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord.** Le vénérable docteur Olivier présidait, constatant la 40e année d'existence de l'Association. Par une courtoise attention dont chacun avait su gré au bureau, l'assemblée, qui se tient chaque année en juillet, avait été reculée au mois d'octobre, afin que le Congrès français de médecine ne souffrît pas d'une coïncidence de dates, toujours fâcheuse pour les deux solennités.

Des 336 sociétaires, 37 étaient présents à la séance et au banquet. Nous notons bien volontiers leurs noms et les proposons en exemple aux affiliés moins zélés : MM. les docteurs Olivier, Dubar, Looten, Surmont, Noquet, Combemale, Charmeil, Folet, Oui, Richard-Lesay, Gaudier, Colle, Patoir, Lemoine, Carlier, Deléarde, de Lille ; Sockeel, Monnier et Baude, de Douai ; Buisson, d'Aniche ; Derville, de Roubaix ; Fichaux, de Tourcoing ; Canonne, d'Anzin ; Rossigneux, du Cateau ; Reumaux, de Dunkerque ; Dransart et Deltombe, de Flines-lez Raches ; Vandame et Caffeau, d'Aniche ; Delbreil, de Denain ; Tramblin, de Bermerain ; Dransart, de Dorignies ; Copin, de Lourches, Willot, de Valenciennes ; Toffart, de Frelinghien ; Sergent, de Fontaine-Notre-Dame ; Dubus, d'Escaudain ; Ryckelynck, de Rosendaël.

⁂ L'Assemblée a tout d'abord procédé à l'admission des nouveaux membres, 23, admis, du reste, à l'unanimité. Voici les noms de ces confrères :

Arrondissement d'Avesnes. — MM. les docteurs Autier, Ciron, de Maubeuge ; Drouin, Lebon, de Sous-le-Bois-Maubeuge ; Moraux, d'Hautmont ; Fichaux, de Sars-Poteries ; Riche, de Jeumont.

Arrondissement de Douai. — MM. les docteurs Dransart, de Flines-lez-Raches ; Gugelot, de Waziers ; Legrain, de Raimbeaucourt ; Caffeau fils, d'Aniche ; Hérin, de Féchain ; Toison, de Douai ; Bret, de Dorignies.

Arrondissement de Dunkerque. — M. le docteur Nevejan, de Ghyvelde.

Arrondissement de Lille. — MM. les docteurs L. Vienne et Defaux, de Lille ; Chocquet, d'Armentières.

Arrondissement de Valenciennes. — MM. les docteurs Schultz, de Bruay ; Chatelin, de Denain ; Defrise, de Wallers ; Vienne, de Bouchain.

Du Pas-de-Calais. — M. le docteur Sarrazin, de Brebières.

⁂ Ensuite, M. le Président, dans une allocution pleine de charme, s'est acquitté de la tâche de saluer les disparus, de féliciter les récompensés. Dix sociétaires ont succombé dans l'année : MM. les docteurs Bollaert, de Bergues ; Duriau, de Dunkerque ; Delassus, de Merville ; Choteau, de Saint-Maurice-lez-Lille ; Dupas, de Wallers ; Le Jemble, de Floyon ; Hérin, de Féchain ; Blanckaert, de Rumegies ; Wallez, de Croix ; Robert, de Ligny-en-Cambrésis, dont les mérites professionnels ont été loués comme il convenait.

Le rappel des nominations du docteur Calmette au grade d'*officier de la Légion d'honneur* et d'*officier de l'Ordre de Léopold ;* du docteur Tauchon, de Valenciennes, au grade de *chevalier de la Légion d'honneur ;* de MM. Buisson, d'Aniche ; Baudry, Lemoine, Richard de Ricouart, de Lille, au titre d'*officier de l'Instruction publique ;* de MM. Charmeil, Oui, de Lille ; Duriau, de Dunkerque ; Pascalin, de St-Pol-sur-Mer, au titre d'*officier d'Académie*, a été souligné d'applaudissements flatteurs.

⁂ M. Noquet, le diligent secrétaire-général de l'Association, donne ensuite lecture du compte-rendu des travaux de l'année.

Dans son rapport, M. Noquet passe, tout d'abord, en revue ce qui a été fait, jusqu'ici, par l'Association générale des Médecins de France, dans le but de mettre ses statuts en harmonie avec la loi du 1er avril 1898, sur les Sociétés

de secours mutuels. Le projet du Conseil général de l'Association a été longuement discuté par l'Assemblée générale des Médecins de France, tenue à Paris, les 9 et 10 avril dernier. Finalement, l'Assemblée a voté : 1° Que l'Association resterait une société de secours mutuels ; 2° Que l'Association créerait des caisses indemnité-maladie et de retraite.

Après le vote de ces deux propositions, il fut décidé que le Conseil général élaborerait les nouveaux statuts et les soumettrait à une Assemblée générale qui se réunirait le 25 juin. Cette Assemblée, qui a été remise, depuis, à une date ultérieure, aura lieu, sans doute, avant la fin de l'année, ou, au plus tard, au commencement de l'année prochaine, puisque, d'après la loi, les statuts doivent être modifiés avant le 1er avril 1900.

M. Noquet donne ensuite le détail des fonds possédés par l'Association générale. L'avoir de l'Association était, à la fin du précédent exercice, de 2.036.745 fr. 29. Pendant l'exercice 1898-1899, il a augmenté de 74.598 fr. 02, et monte, par conséquent, à 2.111.383 fr. 31.

Il a été créé onze nouvelles allocations annuelles de 800 francs, dont dix définitives et une accordée pour un an seulement. Un membre de l'Association du Nord a reçu une allocation définitive.

A propos de ces allocations, qui ont remplacé, depuis deux ans, les pensions viagères, M. Noquet rappelle les services rendus par la Caisse des Pensions. Créée en 1863, cette Caisse a commencé à fonctionner en 1873. Depuis cette époque jusqu'en 1898, c'est-à-dire en vingt-quatre ans, la Caisse a pu délivrer 295 pensions.

Quant aux Sociétés locales, elles ont distribué, en secours annuels, depuis 1861 jusqu'à ce jour, une somme de 1.538.796 fr. 39 c., soit plus de 40.000 fr. par an.

Ces chiffres font constater, une fois de plus, la grande utilité de l'Association et montrent le chemin parcouru par cette Œuvre, depuis sa fondation jusqu'à l'époque où une loi nouvelle va modifier son fonctionnement.

Ces services ne sont, du reste, pas les seuls, et M. Noquet a tenu à indiquer tout ce que l'Association des Médecins de France avait fait au point de vue de la défense des intérêts professionnels. Il a reproduit, à cet effet, les lignes écrites de M. Lereboullet, dans le rapport lu à la dernière Assemblée générale des Médecins de France.

M. Noquet a ensuite parlé de deux vœux adoptés par la dernière Assemblée générale des Médecins de France et d'une question concernant spécialement l'Association du Nord. Il a terminé de la façon suivante :

« En résumant, tout à l'heure, le rapport de M. Lereboullet, j'ai voulu vous faire constater les services rendus par l'Association générale et par les Sociétés locales, depuis leur fondation. Ceux de la Société du Nord vous sont suffisamment connus pour que je n'aie pas besoin d'insister.

» Les statuts de l'Association vont être modifiés prochainement. Bien qu'il soit impossible de dire, exactement, dès aujourd'hui, dans quel sens se feront ces modifications, les points acquis, jusqu'ici, permettent d'affirmer que l'Association saura se rendre de plus en plus utile et qu'elle continuera à marcher dans la voie du progrès ».

⁂ Enfin, M. Looten, trésorier, expose la situation financière, qui continue à être très prospère : L'avoir total de l'Association se montant à 45.561 francs 70, en augmentation de 816 francs sur l'exercice 1898.

Il a été distribué 2.830 francs de secours. 400 francs ont été votés pour la Caisse des Pensions viagères et 200 pour la Caisse des Veuves et Orphelins.

⁂ La mort ayant fait disparaître l'un des délégués de Dunkerque, on pourvoit à son remplacement en élisant le docteur Reumaux. Le centre lillois demande d'autre part un autre vice-président et un nouveau délégué. En raison des services déjà rendus à l'Association par les délégués d'Hazebrouck et de Tourcoing, MM. les docteurs Decool et Fichaux sont élus vice-présidents ; puis M. Richard-Lesay, de Lille, l'ancien et si dévoué président du Syndicat médical de Lille, est nommé délégué pour Lille.

⁂ La ville de Dunkerque est ensuite désignée comme le siège de la 41e réunion de l'Association. La séance est enfin levée.

⁂ Peu après, la séance recommençait, mais non plus dans la salle mise à notre disposition dans le Musée douaisien. Le restaurant des Palmiers nous accueillait, avec le menu suivant, dû à la savante collaboration du Dr Sockeel et de M. Foussart. Inutile de dire que le plus grand honneur fut fait au repas.

Menu

Huîtres Anglaises.
Potage Colbert.
Soles Marigny.
Filet de bœuf à la française.
Suprême de Volailles.
Petits pois Duchesse.
Sorbets.
Coqs faisans rôtis.
Pâté d'Alouettes truffé.
Ecrevisses au pouilly.
Bombe Marceline.
Fruits. — Desserts.

Sauterne et Chablis 1883. — Léoville 1889. — Champagne frappé. — Pommart 1884. — Niersteiner 1874. — Louis Rœderer.

Les toasts portés, la chansonnette médico-grivoise commença, suivie d'une poésie médicale, que les lecteurs de *l'Echo* trouveront ci-après, et qui, dite par l'auteur, le docteur Dransart, de Dorignies, avait une saveur toute particulière.

L'heure du train termina seule cette réunion, si réussie dans ses deux séances.

Les médecins à bicyclette.

De notre temps la plus noble conquête
Est la légère et douce bicyclette;
L'Homme porté sur ce double cerceau
Se meut sans bruit aussi prompt que l'oiseau.

Il y ressent la triple jouissance
De voyager avec indépendance,
De fendre l'air avec rapidité
Et d'être utile à sa propre santé.

Dans tous les rangs, en tous lieux, à tout âge,
Chacun lui rend un légitime hommage,
Et c'est ainsi qu'on voit les médecins
A bicyclette arpenter les chemins.

Et cependant, avec cette monture,
Le cavalier n'a pas grande figure;
Le corps vouté, les bras fixés devant,
L'œil inquiet, il n'est pas imposant.

On ne voit point au milieu d'une fête
L'Homme du jour paraître à bicyclette.
Cet instrument, si bien qu'il soit monté,
Ne convient point à la solennité.

Le décorum dû à la médecine
Est-il en règle avec cette machine?
Ainsi juché, le sérieux docteur
De son beau rôle est-il à la hauteur?

On ne sait point comment aux temps antiques
Les médecins allaient voir leurs pratiques;
Mais on croit fort que, par respect de l'art,
Ils se faisaient transporter dans un char.

Quand, dans la suite, on pensa que le diable
Était présent, un prêtre vénérable,
Pour expulser l'esprit malicieux,
Vers le malade allait majestueux.

Boileau nous dit que le docteur, en ville,
Sur une mule allait à domicile,
Et de nos jours le médecin fameux
Se fait conduire en coupé luxueux.

Enfin pour nous, praticiens de village,
Jusqu'à présent nous avions pour usage
De voyager en vieux cabriolet,
Traîné par un cheval poussif et laid.

Le compagnon n'était point l'opulence,
Mais il donnait quand même une prestance.
Beaucoup de gens n'en pouvaient faire autant
Et le cheval allait par tous les temps.

Quand il passait au loin, la clientèle
Reconnaissait ce compagnon fidèle...
Et que d'amour il inspirait la nuit
Quand de ses pas on entendait le bruit!

Mais il n'était pas toujours poétique :
Il comportait maquignon, domestique,
Meules de paille, embarras de fumier,
Boisseaux d'avoine et foin dans le grenier.

Il comportait les énormes mémoires
Du carrossier, des impôts vexatoires;
Et ces copains, loin de nous ménager,
Etaient d'accord pour nous faire enrager.

Allons, dehors la vieille Rossinante,
Ton attirail d'escrocs nous désenchante.
La bicyclette au moins ne trompe pas
Et son silence est pour nous plein d'appâts.

Près d'elle aucun coup de pied n'est à craindre,
Dans les arrêts elle attend sans se plaindre;
Quand, par moments, on n'en a plus besoin,
Il ne lui faut en chômage aucun soin.

Elle ne coûte rien en nourriture,
Et dans ces temps, où la vie est si dure,
Cet avantage est pour nous tout puissant,
Il nous permet d'être plus bienfaisant.

Que les heureux qui vont en bicyclette
N'aient nul souci de la vieille étiquette;
L'art médical et ses beaux résultats
N'ont plus besoin d'un luxe d'apparats.

Si le client, qui juge à l'apparence,
De ce nouvel équipage s'offense,
Il ira voir le hâbleur fastueux
Qui lui saura jeter la poudre aux yeux.

Quand nous irons en ballons dirigeables,
Nous paraîtrons beaucoup plus respectables,
Et le badaud nous trouvera bien mieux,
Nous aurons l'air d'être envoyés des cieux.

En attendant, bicyclette docile,
Fais-nous courir bien vite à domicile.
Il cherche peu, le malade sauvé,
Comment son bon docteur est arrivé.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

43e SEMAINE, DU 22 AU 28 OCTOBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	4	2
1 an à 2 ans	1	»
2 à 5 ans	3	»
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	6	6
40 à 60 ans	15	10
60 à 80 ans	11	10
80 ans et au-dessus	3	3
Total	50	41

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS																				
	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	5	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	14	5
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5	»	»	»	»	»	»	»	»	5	12	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	9	14	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	»	7	»	1	»	»	»	9	21	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	2	5	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	4	9	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1
Total	»	»	1	»	1	1	»	3	11	6	10	»	»	13	»	1	»	1	»	43	91	104

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 148. Troisième Année, N° 46. Le Numéro : **10** centimes. 12 Novembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à l'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1er janvier.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Le mécanisme des sentiments de l'homme

par le docteur **P. Kéraval,**
Directeur-médecin de l'Asile d'Armentières.

(Suite et fin)

II. — SENTIMENTS EN RAPPORT AVEC LES CONCEPTIONS

Le sentiment du plaisir ou de la peine constitue une propriété ou un caractère des sensations et des conceptions; ces sentiments sont les nuances ou tons des impressions causées par les sensations ou les conceptions. D'autre part les nuances ou tons des impressions causées par les conceptions dérivent des nuances ou tons des impressions causées par les sensations.

Toute sensation disparaît avec la disparition de l'excitation qui lui a donné naissance, en laissant après elle une image commémorative qui est la conception. Elle imprime donc à la conception, avec ses autres caractères, la nuance ou le ton de l'impression qui lui est inhérente, que ce ton sentimental soit positif ou négatif, agréable ou désagréable. L'épine de la rose détermine la sensation de la piqûre ; celle-ci laisse après elle un souvenir qui n'est pas indifférent ; quand je me représente cette piqûre, en d'autres termes, quand l'image commémorative de cette piqûre me revient, au milieu d'autres idées associées, ce souvenir est lié à un sentiment de douleur. La conception correspondante tient donc sa nuance ou son ton sentimental de la sensation.

Aucune conception ne possède par conséquent de valeurs sentimentales indépendantes ou absolues. Nos conceptions sont donc, non pas seulement quant à leur texte, mais aussi quant à leur ton sentimental, les dérivées de nos sensations. L'idée de gratitude ou de n'importe quelle vertu, n'eût jamais été associée par nous à une nuance sentimentale positive, si nous ne nous étions jamais sentis heureux des actes de gratitude que nous avons vus ou appris, bref, que nous avons sentis, si bien que, finalement, un mot de louange du maître suffit pour associer, dans notre esprit, une qualité dont nous n'avons jamais éprouvé les effets à un ton sentimental, positif ou négatif. Quand la sensation ne comporte pas de ton sentimental, l'idée, la conception, ne s'accompagne pas de développement de sentiment.

Le rapport existant entre le ton sentimental de la conception et le ton sentimental des sensations est souvent bien compliqué. Cela tient à la facile *trans-*

missibilité des tons sentimentaux des conceptions. Si, à un endroit quelconque, nous avons été victimes d'un accident, par exemple d'une blessure, à l'avenir le souvenir de cette blessure s'accompagnera d'un sentiment désagréable et, de plus, le souvenir du lieu s'accompagnera lui aussi d'un sentiment désagréable. Sans doute par l'intervention d'objections rationnelles nous lutterons contre ce sentiment désagréable immotivé, nous annihilerons l'influence de ce sentiment sur nos actes, mais, en nous observant attentivement, nous verrons qu'il est bien rare que ce sentiment désagréable ainsi transmis soit absent. Analysons ce phénomène psychique. Une localité donnée excite en nous la sensation optique visuelle S^o, en même temps la blessure nous donne la sensation tactile S^t. La première s'accompagne ou non d'un sentiment, ou bien elle s'accompagne d'un ton sentimental très faible. La sensation de contact S^t est au contraire accompagnée de douleur, d'un ton sentimental négatif intense. La sensation visuelle S^o laisse l'image commémorative ou conception C^o ; la sensation de contact S^t laisse l'image commémorative ou conception C^t. C^o et C^t étant des conceptions simultanément imprimées, sont entre elles liées par association. L'image visuelle commémorative C^o n'a pas tout d'abord de ton sentimental ; c'est l'image commémorative de contact C^t qui s'empare du ton sentimental négatif intense de la sensation tactile S^t. Puis l'image commémorative de contact C^t transmet son ton sentimental complet ou affaibli à l'image commémorative visuelle C^o qui se rattache à la première par association ; c'est ce qui fait que dans l'avenir le souvenir de l'endroit où a eu lieu l'accident s'accompagnera d'un sentiment désagréable, encore que la sensation visuelle en question ne se soit jamais accompagnée d'un ton sentimental négatif. Et c'est ainsi qu'une conception devra son ton sentimental non pas directement à la sensation qui en a été l'origine mais à une autre conception associée à elle. Mais en définitive le *ton sentimental de la conception repose sur les tons sentimentaux de la sensation*. Le ton sentimental de la sensation de contact S^t est la cause dernière du ton sentimental de la conception commémorative visuelle C^o. La complication de ces relations est indirecte. Quand je revois la localité où j'ai été blessé, quand la sensation visuelle S^o se reproduit en moi, elle est très fréquemment accompagnée d'un sentiment désagréable même sans que je sois hanté de l'idée commémorative du contact C^t. C'est que l'idée commémorative visuelle C^o a transmis aussi à la sensation visuelle S^o son ton sentimental emprunté à l'idée commémorative du contact C^t ou à la sensation du contact S^t ; cette fois la sensation a emprunté son ton sentimental à la conception. C'est l'histoire de la mélodie accompagnée de paroles mélancoliques. Cette transmission des tons sentimentaux peut décrire un cercle complet. Un mécanisme semblable peut, entraînant une sorte de distorsion pathologique de la transmission, déterminer les troubles psychopathiques de la volonté.

La transmission du ton sentimental d'une conception à une autre mérite le nom d'*irradiation des sentiments intellectuels*, les *sentiments intellectuels* étant les tons sentimentaux des conceptions ou des *images commémoratives*, opposés aux *sentiments sensoriels* ou tons sentimentaux des *sensations*. Elle domine toute notre existence passionnelle, émotive, affective. Une fleur qui sent mauvais nous laisse un souvenir des plus désagréables ; l'idée partielle qui se rattache à l'odeur transmet à l'idée concrète totale de la fleur son ton sentimental. L'ensemble de nos actes est dominé par des irradiations de ce genre. Telle est l'origine de nos antipathies, de nos sympathies, de nos jugements, de nos préventions. On appelle *réflexion* la réaction du ton sentimental irradié sur de nouvelles sensations.

Quand, dans une unité de temps, j'ai une sensation ou une conception, ou un petit nombre de sensations ou de conceptions assaisonnées d'un ton sentimental égal et fort, le grand nombre des autres conceptions et sensations survenues dans la même unité de temps qui ne sont accompagnées d'aucun ton sentimental ou qui sont accompagnées d'un ton sentimental faible sont colorées du ton sentimental de la conception ou sensation forte. C'est pourquoi très souvent nos sensations et conceptions dans l'intervalle de certaine unité de temps présentent une *homogénéité de tons sentimentaux*. Par abstraction nous résumons la moyenne des tons sentimentaux homogènes des sensations et conceptions existant dans une unité de temps donnée sous le mot *disposition de l'humeur* qui est une sorte d'équilibre. Cette espèce de stabilité disparaît quand pendant cette parcelle de temps surviennent plusieurs idées à ton sentimental fort, mais opposé.

Le jeu de l'association si compliqué des idées colorées de leurs tons sentimentaux propres, en rapport avec les sensations, et de leurs tons sentimentaux par

association et par irradiation, explique que nos sentiments intellectuels présentent un état de gradation excessivement fine et une complexité ténue, surtout en ce qui concerne les idées générales. La conception C^1, par exemple, a des liens d'association innombrables avec d'autres idées. Chacune de ces idées, pour peu qu'elle soit douée d'un ton sentimental assez fort, le fait irradier sur C^1. Le ton sentimental de C^1 sera donc la résultante : 1° des tons sentimentaux des sensations qui sont le fondement de C^1 elle-même ; 2° des tons sentimentaux des conceptions reliées par association à C^1. En outre, souvent C^1 se compose de conceptions partielles, ou même de systèmes entiers d'associations d'idées.

Cette complexité disparaîtrait si nos sentiments agréables et désagréables se distinguaient uniquement par l'intensité. Le ton sentimental de la conception la plus compliquée s'évaluerait assez simplement ; il serait la somme algébrique des tons sentimentaux des sensations à la base de cette conception et des conceptions associées. Mais cela n'est pas. Les innombrables sentiments qui font tressaillir le cœur de l'homme, l'envie, la colère, l'ambition, l'amour, et autres, sont évidemment de *qualités différentes*. Ce serait violenter les faits que de vouloir les emprisonner dans le cadre schématique représenté par les mots : sentiments agréables, sentiments désagréables. L'accord majeur et l'accord mineur provoquent en nous deux sensations qualitativement différentes quoique toutes deux agréables. Le sentiment agréable qui accompagne le premier est considérablement plus fort. Celui qui accompagne le second n'a pas la même qualité, tout agréable qu'il soit. Les profanes expliquent parfois cette différence de qualité par les qualificatifs dur et mou : accord dur, accord mou. Le sentiment d'aise que l'on ressent quand on perçoit la chaleur près d'un poêle en hiver est totalement différent du sentiment de plaisir que vous donne la sensation auditive d'un accord ou la sensation visuelle d'un ornement. Cette *diversité de la qualité sentimentale* est naturellement produite par la *diversité de la qualité de la sensation*, mais elle ne lui est point identique.

La différence qualitative du ton sentimental de la sensation se transmettant au ton sentimental intellectuel, le *ton sentimental des diverses conceptions* est constitué non pas seulement par son *intensité*, mais surtout par *sa qualité*. Toute addition algébrique est ici impossible. Toute conception reçoit des sensations qui en sont le fondement, ainsi que par irradiation un grand nombre de tons sentimentaux qui sont d'une intensité différente et qui ont, au besoin, des signes algébriques inégaux, qui témoignent encore de différences qualitatives. De là, la genèse des *sentiments et dispositions de l'humeur*, compliqués, de nuances innombrables, qui, presque toujours, accompagnent la vie conceptuelle développée. Analysons l'envie. L'envie représente un ton sentimental complexe qui parfois accompagne, dans des circonstances bien déterminées, une sensation et une idée éveillées par une autre personne.

Je pense à une de mes connaissances qui a réussi à obtenir un minéral rare qui manque à ma collection. Avant qu'elle ne se fût procuré l'objet de mon envie, l'idée qu'elle éveillait en moi s'accompagnait déjà d'un ton sentimental un peu négatif. Depuis qu'elle a pu acquérir la pierre en question, l'idée qui naît en moi à propos de cette belle pierre enviée par moi s'associe à l'idée de son individu. Cette idée s'assaisonne d'un sentiment agréable et transporte ce sentiment, bien qu'à un faible degré, sur l'idée qui a rapport à cet individu. A cela s'associe encore l'idée de ma collection personnelle de minéraux à laquelle manque la pierre en question, cette idée-là est accompagnée d'un fort ton sentimental négatif d'une qualité spéciale. Ce ton sentimental irradie également sur l'idée concernant le même individu. Il s'y ajoute des idées relatives aux vains efforts que j'ai faits moi-même pour me procurer la pierre qui me manque ; ces conceptions s'agrémentent de sentiments spéciaux d'une intensité négative ferme, qui se transmettent aussi à l'idée de l'heureux possesseur du minéral que je n'ai point. Le sentiment d'envie qui accompagne les idées relatives à la personne que je connais est donc la résultante compliquée de toute une grosse catégorie de tons sentimentaux irradiés de conceptions associées. Parmi ces tons sentimentaux irradiés, quelques-uns sont topiques, propres au cas spécial examiné ici, les autres appartiennent typiquement à tout sentiment envieux. De ces derniers notamment relève le ton sentimental négatif de la privation proprement dite : ils devraient donc être admis à l'honneur d'une définition générale de l'envie. *Mais il faut se garder d'une définition générale des passions, des émotions*, et se borner à l'analyse psychologique des sentiments complexes propres à chaque cas particulier comme il vient d'être fait. C'est de cette manière que l'on obtiendra les éléments approfondis

de *notre vie affective* et que l'on arrivera à expliquer l'infinité des nuances de nos tons sentimentaux intellectuels.

Les *tons sentimentaux irradiés de nos conceptions réagissent à leur tour sur la sensation* à laquelle ils peuvent se communiquer. C'est à cause de cela que les sentiments compliqués précédents accompagnent non pas seulement les idées mais aussi les sensations. Quand je vois mon voisin en possession d'un trésor qui me manque, cette sensation visuelle s'unit au ton sentimental réfléchi de l'envie. Par conséquent ces tons sentimentaux complexes ne se limitent aucunement aux conceptions ; mais leur addition aux sensations a toujours pour intermédiaires des conceptions.

Peut-on *classer* ces tons sentimentaux complexes ? Une classification comporterait un essai de tracer des limites tranchées entre eux. Or la spécialisation de ces tons sentimentaux est infinie. La jalousie de l'amour se distingue de la jalousie du collectionneur, qui diffère elle-même de la jalousie de l'honneur ; enfin, il existe des transitions continues entre les émotions morales en apparence les plus disparates.

La vie de chaque jour nous le prouve, comme les détails qui précèdent. Il est impossible de ranger dans l'espace ces tons sentimentaux de qualités différentes, tout aussi impossible que d'établir une gradation cubique des qualités de l'odeur. La division en sentiments positifs et en sentiments négatifs qui s'impose *à priori* ne nous donne point non plus toute satisfaction. Certes parmi les sentiments qui nous occupent, beaucoup, tels que la tristesse, l'angoisse, etc., sont principalement composés de tons sentimentaux négatifs ; d'autres sont surtout constitués par des tons sentimentaux positifs. Mais bien des sentiments ne sauraient être imputés intégralement à la première ou à la seconde classe L'humeur, au sens ancien, au bon sens du mot, est, comme on l'a dit, un mélange souvent étonnant de pleurs et de rires. Il ne nous reste donc qu'à extraire de l'infinie et confuse diversité des sentiments ceux qui, à cause de leur fréquence, de leur rapport avec des sensations et des idées déterminées, ou à cause de l'influence considérable qu'ils exercent sur l'association de nos idées et l'innervation de nos mouvements, nous paraissent avoir une importance particulière. Ce n'est d'ailleurs que pour ceux-là que l'humanité a créé des termes particuliers.

L'étude du *développement de nos sentiments complexes les plus importants* peut être condensée de la façon suivante. Les sentiments simples issus des sensations, nous ont donné l'esthétique. Voyons comment en dérivent les sentiments plus compliqués des conceptions, produits par irradiation, ainsi que les tons sentimentaux sensoriels plus complexes qui, par réaction des conceptions, se sont communiqués aux sensations. Les tons sentimentaux les plus simples, positifs et négatifs, accompagnent des sensations positives ; ces sensations correspondent à leur tour à des excitations positives. Les sensations de la faim et de la soif qui, de si bonne heure, s'accompagnent d'un sentiment pénible, violent, sont des sensations positives ; les excitations qui les causent procèdent de certaines modifications dans la composition chimique du sang. A mesure que s'accroît le nombre des images commémoratives et de leurs relations associatives, ceci se modifie. L'enfant voit un morceau de sucre. La sensation visuelle éveille en lui le souvenir d'une idée partielle de l'objet, l'idée gustative du sucre. La sensation gustative du sucre s'accompagnait d'un fort ton sentimental positif ; l'idée gustative s'en accompagnera également. Ce ton sentimental de plaisir se transmet à l'idée visuelle associée, et, par suite, aussi à la sensation visuelle. L'enfant se réjouit du morceau de sucre qu'il voit. Cette sensation provoque des mouvements ; l'enfant étend la main pour prendre le sucre. Mais, en dépit de ses essais répétés, ce mouvement ne doit pas encore aboutir. Jusqu'ici dans le cerveau de l'enfant n'est apparue que la sensation visuelle du sucre, et, par association, l'idée gustative du sucre, toutes deux accompagnées de ton sentimental agréable, positif. Les mouvements de préhension avortant, la sensation gustative attendue, accompagnée d'un sentiment de plaisir intense, n'est pas satisfaite. Les mouvements de préhension vains produisent finalement une sensation de fatigue intense, accompagnée d'un intense sentiment de peine. Le ton sentimental négatif de cette sensation de fatigue se communique à la sensation visuelle du sucre et à l'idée entière en rapport avec le sucre. Tous les tons sentimentaux sont dès lors transformés. A toutes les autres sensations et conceptions simultanées se communique le ton sentimental négatif ; *la disposition équilibrée de l'humeur est altérée* ; l'enfant pleure. Ainsi se produisent des tons sentimentaux négatifs qui, en apparence, accompagnent non point une sensation positive, mais la non satisfaction d'une sensation agréable, attendue

mais avortée. Voilà les tons sentimentaux de la *privation*, au plus haut point variables.

Quand la précédente opération s'est souvent répétée de la même façon ou d'une façon semblable, les tentatives vaines de préhension et la sensation de fatigue consécutive ne sont plus du tout nécessaires pour transformer les tons sentimentaux. L'idée de l'inanité de toutes les tentatives d'appropriation du morceau de sucre suffit pour engendrer chez l'enfant le ton sentimental de la privation, et pour étendre le sentiment de peine correspondant aux sensations et idées concomitantes. Ainsi en est-il pour des cas identiques nombreux. L'enfant convoitait le morceau de sucre ; un adulte convoitera l'arsenal des éléments supposés du bonheur : honneur, amour, argent, décorations, etc... Le ton sentimental de la privation revêtira d'innombrables nuances de qualités différentes suivant l'espèce.

De même que la sensation de fatigue à la suite de tentatives vaines de préhension produit le ton sentimental négatif de la privation, la sensation de repos consécutive à des sensations réussies de fuite devant des sensations désagréables produit le ton sentimental positif de sécurité. Celui-ci se développe également sous les formes les plus différentes. Finalement il accompagne l'idée du défaut ou de l'absence de n'importe quelle sensation de peine.

Ainsi à l'origine, des conceptions à ton sentimental positif et négatif qui ne faisaient que correspondre à des sensations réelles, se coloraient des tons sentimentaux de la jouissance ou de la souffrance ; maintenant surviennent des idées de sensations absentes colorées des tons sentimentaux de la privation et de la sécurité. Cet élargissement, par ce fait, de notre vie affective se constate avec la plus grande netteté dans le cas spécial où il s'agit de la sensation ou de *l'idée du bonheur ou du malheur du prochain*. La sensation visuelle d'une blessure de notre semblable ou l'idée qu'elle éveille en nous est, en vertu des raccordements d'association, d'abord accompagnée d'un ton sentimental négatif compliqué. Le mécanisme précédent nous fait comprendre comment la même sensation et la même idée provoqueront, à l'occasion, des tons sentimentaux positifs. Il suffira que la compassion soit remplacée par la joie maligne du mal d'autrui, comme l'envie remplace le sentiment de la joie partagée, toutes deux avec des nuances sans nombre. La prédominance d'un ton sentimental ou de l'autre, chez tel individu et en tel cas, dépend de nombreux facteurs individuels, des liens d'association existants dans le cas particulier, et des tons sentimentaux de chacune des conceptions associées. Quand les mêmes réactions affectives reviennent toujours régulièrement et uniformément chez le même individu dans l'immense majorité des cas, on a affaire à *des réactions affectives du caractère*.

Les rapports des tons sentimentaux des conceptions avec les *éléments du temps* produisent de nouvelles variations de ces sentiments. Le sentiment complexe de l'*espérance* est la conséquence de la combinaison du sentiment de la privation momentanée et de l'idée de la jouissance future. Le sentiment de *crainte* avec ses nombreuses variétés (appréhension, angoisse, etc.) est le fait de la combinaison du sentiment de la sécurité momentanée et de la souffrance future.

Les sentiments sont encore modifiés par leur transmission à des idées que nous rattachons, *quant aux causes*, à d'autres idées et sensations ayant des tons sentimentaux déterminés. Nous établissons un rapport de cause entre la notion concrète du pain et de nombreuses idées et sensations telles que le goût agréable, l'apaisement de la faim, la valeur nutritive, etc. Par suite, l'idée de pain acquiert un ton sentimental que nous désignons en général sous le nom de sentiment de l'*utilité*. Le ton sentimental de l'utilité comme celui de la *nocuité* nous sert à désigner à tort un attribut de l'objet : nous disons la nocuité ou l'utilité d'une chose comme si c'était un caractère de la chose tandis que ce n'est qu'un sentiment. Des tons sentimentaux appliqués, à juste titre, aux personnes, ont engendré les termes subjectifs d'*amour* et de *haine*. Tons sentimentaux spécialisés de même espèce sont les sentiments de la *reconnaissance* et de la *rancune*. Tous ces sentiments se montrent aussi à l'état de réactions du caractère dans le sens indiqué plus haut ; le sentiment de la reconnaissance donne alors naissance à l'attribut de la reconnaissance, tandis que l'ingratitude, de même que l'apathie et l'indifférence, est un mot servant à désigner la notion de l'absence de tons sentimentaux déterminés. Le sentiment de la rancune engendre l'attribut de la rancune. Colère, estime, admiration, dédain, mépris sont également des espèces spéciales. D'autres encore sont formées par des tons sentimentaux concernant des personnes qui ont avec nous un rapport déterminé ; à cette catégorie appartiennent les sentiments que nous éprouvons pour nos

parents, pour l'État, pour la patrie, etc. Un groupe particulier est constitué par les sentiments dont nous accompagnons notre Moi, par les *sentiments personnels*, de fierté, d'humilité et autres, qui jouent un si grand rôle dans le délire des grandeurs affectif du maniaque, dans le délire affectif de médiocrité, d'humilité du mélancolique.

L'association des idées, l'opération même de l'association des idées produit des tons sentimentaux particuliers. L'effort de la pensée provoque l'innervation constante de nombreux muscles tels que le frontal. La lenteur d'aboutissement d'une file conceptuelle exagère ces courants d'innervation qui s'accumulent ; il en résulte des sensations de fatigue à ton sentimental désagréable marqué. D'après la loi d'irradiation, ce ton sentimental négatif se communique à toutes les idées de la file ; ainsi naît le sentiment désagréable, l'humeur pénible de l'arrêt de la pensée. Les formes en sont des plus variées. De cet ordre sont les sentiments particuliers qui accompagnent le doute, et la contradiction des idées, ou la contradiction entre les idées et les sensations. Inversement, il existe des sentiments agréables qui accompagnent le succès des opérations intellectuelles, l'accord entre les pensées, ou l'accord entre les pensées et les sensations. Wundt a désigné ces sentiments sous le nom de *sentiments logiques*.

Les sentiments en se *transmettant aux sensations et aux idées de nos propres actions et des actions de nos semblables* sont considérablement modifiés. Tout le monde sait que les bienfaits de notre mère, qui provoquent en nous de nombreuses sensations agréables, s'accompagnent du sentiment de notre gratitude et de notre amour. Et cependant tous ces sentiments sont égocentriques ; ils ne supposent point la personnalité humaine sentant en dehors d'elle-même. La compassion et la participation à la joie d'autrui, sont à leur origine des sentiments égocentriques. La sensation visuelle ou l'idée d'une plaie chez mon semblable, ne me causent un sentiment de peine que parce que je me rappelle la douleur que m'ont fait éprouver mes blessures propres. L'aspect du bonheur d'autrui ne me réjouit que parce que je me souviens d'un bonheur semblable que j'ai eu. Je commence toujours par me mettre en quelque sorte à la place d'autrui, et ce n'est qu'ainsi d'abord que les sentiments de compassion et de félicité sympathique sont possibles. Ceci change, dès que nous découvrons que nos semblables sentent, eux aussi, qu'ils ont des sensations et des idées accompagnées de tons sentimentaux. Jusque-là nous n'avions eu que des idées accompagnées de tons sentimentaux, maintenant nous nous formons des idées de ces tons sentimentaux eux-mêmes, d'après ce que nous éprouvons et d'après ce qu'éprouvent nos semblables. Nous formons les idées de : *souffrance, jouissance, pitié, charité, amour, haine*, etc. Le ton sentimental de ces idées évolue très différemment dans le détail.

L'idée de la souffrance d'autrui et celle de la satisfaction d'autrui se rattachent par leur texte, la première à un sentiment désagréable, la seconde à un sentiment agréable. Mais notre compassion et la part que nous prenons à la joie des autres, à l'origine personnelles et égocentriques, subissent un renforcement irradiant et versent dans l'altruisme. Voici comment. Nous ne tardons pas à nous rendre compte que bien des sentiments de nos semblables entraînent de leur part des actes qui nous procurent, ou des sentiments de plaisir ou des sentiments de peine. Aussi les idées des sentiments tels que la pitié, la joie partagée, l'amour, prennent-elles alors un ton sentimental positif, tandis que les idées des sentiments tels que la haine, l'envie, la joie du mal des autres, prennent un ton sentimental négatif. Le ton sentimental se transmet aux actes produits par les sentiments en question. Le ton sentimental des idées des sentiments de pitié, charité, amour, s'exprime dans le langage par le terme de *vertus* qui leur est réservé : celui de la haine, de l'envie, de la joie du mal d'autrui, par le terme de *vices*. Les actes émanés des premiers sentiments sont qualifiés de *bons*, ceux émanés des seconds se nomment *mauvais*. L'accentuation ainsi marquée du sentiment s'applique évidemment avant tout à l'idée des sentiments et des actes d'autrui par rapport à Moi. Cet altruisme paraît donc avant tout purement égocentrique ; ces vertus semblent identifiées à l'idée de l'utilité que j'en retire, ces vices à l'idée du dommage qu'ils me causent. Il est aussi facile de montrer que le ton sentimental de l'idée ou de la sensation de mes propres actes ou des actes des autres, par rapport à une troisième personne, subissent une influence semblable. Exemple : Je cours ou un de mes semblables court à l'aide d'une personne menacée. C'est un acte qui m'est personnel ou qui est accompli par un autre. Je vois, si c'est un autre qui agit ; je vois et je sens si j'agis moi-même, et je me représente cet acte

comme l'idée ou la sensation d'un acte qui m'est propre ou qui appartient à autrui, à l'égard d'une tierce personne. Quel sera le ton sentimental de cette sensation ou de cette idée ? Il procèdera, conformément au mécanisme exposé antérieurement, des tons sentimentaux irradiés. Ceux ci sont extrêmement nombreux, ce sont : la compassion primitive, la joie du dommage d'autrui, la crainte de succomber en portant secours, et, selon la personne de l'individu menacé, peut-être également l'amour et la haine, etc. Il n'est aucunement possible de préciser d'une manière générale les résultantes de tous ces tons sentimentaux. Bien trop considérables sont les variétés individuelles des réactions affectives des caractères et les fluctuations des tons sentimentaux irradiés selon les circonstances spéciales. En outre, dans ce conflit des tons sentimentaux irradiés, entre maintenant le ton sentimental agréable de l'idée d'un acte charitable ; je sens qu'il est *généreux* de venir au secours, par compassion, de celui qui est menacé. Dans le principe ce ton sentimental positif ne se rapportait qu'aux actes d'autrui utiles à ma personne. A présent, nous confondons en quelque sorte la situation. Tout d'abord le ton sentimental agréable n'est échu qu'à un complexus conceptuel compliqué : je me suis représenté un acte charitable dont j'étais l'objet. Chacune des idées partielles de ce complexus tient, indépendamment de l'ensemble, quelque chose de ce ton sentimental positif. L'acte charitable en soi, qui que ce soit qui l'exécute, à qui que ce soit qu'il profite, possède dans notre idée un ton sentimental agréable. Assurément il est beaucoup trop faible pour que l'on puisse dire qu'il en est ainsi dans chaque homme en particulier et à l'égard de chaque cas de ce genre. Beaucoup de gens, malgré l'association du ton sentimental d'une bonne action, regarderont cet acte comme coloré d'un ton sentimental désagréable, à cause du danger individuel qu'il y a à aider autrui, et par suite, s'en abstiendront, le cas échéant. D'autres au contraire, ressentiront assez vivement le ton sentimental agréable de l'idée d'une bonne action, pour revêtir l'idée de l'acte secourable d'un ton sentimental agréable, malgré les autres sentiments irradiés contradictoires ; l'idée de la sensation de l'acte en question s'accompagne, en ce cas, du ton sentimental du bien, quoiqu'il ne soit point utile à l'acteur, que dis-je, quoique peut-être il lui fasse courir un danger.

Tel est le flux ondoyant des tons sentimentaux de nos actes, de nos sentiments moraux. Si, malgré cela, chez les peuples civilisés, il s'est organisé et manifesté une sorte de code des tons sentimentaux de la *Morale*, si par suite, à présent, d'un accord assez général, nous désignons comme bons les sentiments et les actes indiqués *suprà*, si nous colorons les idées correspondantes d'un ton sentimental agréable (positif) distinctif, c'est parce que les hommes ont, pour leur sauvegarde, fondé des Etats et autres communautés, à la conservation desquels l'accentuation morale du sentiment des actes est maintenant indispensable. Les communautés sociales n'ont point enfanté les attributs moraux chez l'individu ; elles les ont graduellement cultivés. Les individus qui se sont passés des qualités morales ont été expulsés de la communauté. Les communautés, dont la plupart des membres s'en sont privés, ont péri. Il s'est fait une sélection qui n'a laissé naître et subsister que les Etats dont les individus, au moins pour la plupart, possèdent des tons sentimentaux moraux de moyenne intensité. Les lois et l'éducation avec leurs injonctions « il faut » « on ne doit point », avec leurs châtiments et leurs récompenses, ont de plus en plus consolidé le code de l'accentuation morale du sentiment Telle est la véritable origine de la *solidarité, de la morale individuelle* et *de la morale sociale*.

Le développement des sentiments intellectuels, et l'étude de leur réflexion sur les sensations, n'est malheureusement pas assez avancé pour qu'on puisse les *classer*. Impossible d'énumérer complètement ces tons sentimentaux, impossible d'en expliquer tous les rapports. La psychologie physiologique est encore trop jeune, les rapports des tons sentimentaux entre eux sont trop nombreux, trop nombreuses en sont les transitions nuancées. Nos dénominations pour bien des sentiments sont ambiguës et indécises ; il n'en existe pas de nomenclature scientifique. L'ordre sériaire dans lequel se développent les sentiments intellectuels est soumis lui-même à de nombreuses fluctuations individuelles, parce que les sensations dont les tons sentimentaux primordiaux servent, en dernier ressort, de base aux sentiments intellectuels et réfléchis, ont lieu chez les divers individus, dans un ordre sériaire très différent, s'y groupent de façons très variables, ont une intensité très changeante. Tout ce qui vient d'être dit constitue les linéaments les plus importants de l'édifice.

Quelle influence exercent les sentiments sur l'associa-

tion des idées et sur l'innervation motrice? Les sentiments qui influencent ces deux fonctions s'appellent encore des *émotions*. L'influence des émotions sur la forme que finit par prendre l'association des idées dépend presque exclusivement de leur signe algébrique. Les émotions à signe principalement ou exclusivement positif, accélèrent le décours de l'association des idées au contraire ralenti par les émotions à signe principalement ou exclusivement négatif. Il en est généralement de même à l'égard de nos actes. Les émotions déprimantes engendrent une activité lente et pauvre ; les émotions exaltantes produisent une activité rapide et abondante. Cette influence est d'ailleurs réciproque. Nous avons déjà vu que l'arrêt du débit des idées détermine des sentiments négatifs ou désagréables, tandis que l'accélération du courant des idées se traduit par des sentiments positifs ou agréables. Cette action réciproque a une énorme importance dans les maladies mentales, comme on l'a déjà exposé.

Cette règle semble comporter quelques exceptions. Il y a en effet des émotions négatives qui favorisent carrément des décharges motrices violentes. La colère tend au plus haut point aux éclats moteurs graves ; elle est l'émotion aggressive par excellence. Mais il n'est pas difficile d'établir l'élément positif dans l'émotion de la colère. L'idée qui s'attache immédiatement, en prenant soudain une grande intensité, à la sensation d'une offense et exclut toutes autres idées associées, l'idée de courir sus à l'ennemi, communique son ton sentimental positif à l'idée du mouvement d'agression et provoque ainsi une violente décharge subite. Cette décharge s'en prend parfois à des objets inanimés et à des innocents ; ceci se rattache surtout au phénomène de l'irradiation. C'est par ce mécanisme que la gaîté des aliénés s'allie très fréquemment à une irascibilité morbide ; elles sont cliniquement aussi parentes que la tristesse l'est de l'angoisse La crainte, malgré son ton sentimental négatif, dégage généralement la décharge motrice prompte de la fuite ou de la défense ; en ce cas l'idée de la délivrance, apparaissant avec son ton sentimental positif, chasse en un clin d'œil toute autre idée ; elle transmet, grâce à ce scintillement favorable, son ton sentimental positif, à l'idée du mouvement de la fuite, à laquelle elle assure la victoire, en dépit des tons sentimentaux qui sont sans cela surtout négatifs. Si, par conséquent, la colère et la crainte tendent à se transformer en mouvement, malgré leur ton sentimental négatif, c'est parce que l'idée du mouvement d'agression ou du mouvement de fuite, qui s'associe à l'idée colorée du sentiment de la colère ou de la crainte, possède un ton sentimental positif intense en corrélation avec la colère ou avec la crainte. Il convient donc de chercher en chaque cas particulier si, étant donné une disposition d'esprit négative, certaines idées de mouvement n'ont pas un ton sentimental positif, et si, étant donné une disposition d'humeur agréable ou positive, certaines idées de mouvement n'ont pas un ton sentimental négatif. S'il en est ainsi, malgré la disposition sentimentale générale positive, l'effet moteur peut se ralentir ou manquer. Ce qui agit, en fin de compte, c'est l'association de conceptions motrices à tons sentimentaux positifs ou négatifs avec ce que contient la conscience à ce moment.

Il faut donc dire que, d'une manière générale, *c'est la conception motrice à ton sentimental positif qui nous conduit à l'action.* Nous en avons un frappant exemple dans la *mélancolie*, maladie mentale caractérisée par la prédominance pathologique de tons sentimentaux négatifs. Aussi le mélancolique présente-t-il généralement un arrêt marqué de la pensée, et la plus grande contrainte dans les mouvements. Pour porter une cuiller à sa bouche, un mélancolique mettra parfois une minute et plus. Or, ces mélancoliques, qui demeurent au lit presque immobiles pendant des mois, se précipiteront avec une rapidité surprenante sur une fenêtre de leur chambre, imprudemment laissée ouverte par l'infirmier, ne fût-ce qu'un instant, pour se jeter sur le pavé. La contrainte des mouvements est subitement rompue. Comment expliquer ce miracle ? L'idée de se jeter par la fenêtre s'associe, chez le mélancolique, à un ton sentimental positif intense : la mort est, pour lui, l'affranchissement de son angoisse, ou l'expiation désirable des fautes qu'il s'imagine avoir commises. Le ton sentimental agréable de cette idée du mouvement ou de l'ensemble des conceptions correspondantes prend toute sa valeur dès que l'occasion éveille cette conception dans son cerveau en dehors de cela vide de pensées ; ce sentiment rompt les entraves des rouages d'arrêt et dégage l'acte en rapport avec l'idée. D'une manière semblable, s'expliquent les autres actes commis, sous l'influence de l'angoisse, par bien des aliénés, avec une soudaineté et une violence explosives.

Les *mouvements dits d'expressions* représentent égale-

ment un effet moteur bien spécial de nos sentiments. Tels sont les mouvemeuts de la physionomie comme le rire et le pleur. On en rapproche le *rétrécissement des artères périphériques* pendant les émotions passionnelles, qui tient au jeu des muscles lisses sous l'influence d'appareils particuliers. Les uns, comme JAMES et LANGE, disent que les émotions tiennent à des sensations produites par ces contractions musculaires; « nous ne pleurons pas, dit le premier de ces auteurs, parce que nous sommes tristes, nous sommes tristes, parce que nous pleurons. » LANGE a même construit un schéma des émotions produites par l'affaiblissement ou l'exagération de l'innervation volontaire associés, suivant le cas, au rétrécissement, à la dilatation, à l'incoordination ou au spasme des vaisseaux et des muscles de la vie organique. Les recherches de CH. FÉRÉ, LEHMANN, MÜNSTERBERG sur les relations des sentiments agréables ou désagréables avec l'état de la force musculaire, l'irrigation vasculaire des membres, la tension des fléchisseurs ou extenseurs sont encore incomplètes. Il est cependant avéré que certaines émotions, en outre des mouvements de la physionomie, modifient l'action du cœur, l'activité respiratoire, la contraction des artères périphériques. Il reste à en trouver le mécanisme et l'exact rapport avec telle ou telle émotion, et il est encore impossible d'en faire les synonymes d'une émotion donnée. Le rétrécissement des vaisseaux associé à l'affaiblissement de l'innervation volontaire qui, d'après LANGE, caractériserait le chagrin, se montre bien souvent sans le chagrin. La preuve que l'émotion n'est pas une opération psychique due aux vibrations sensibles d'origine motrice, c'est que ces phénomènes moteurs peuvent avoir lieu sans que se produisent les émotions correspondantes. La simultanéité fréquente d'une opération psychique et d'une opération physiologique n'implique point le parallélisme des deux.

L'innervation motrice et en particulier l'innervation vasomotrice n'ont donc rien à faire avec la nature des émotions. Mais elle peut parfois ajouter de nouvelles sensations spéciales aux sensations primordiales et aux conceptions vectrices des tons sentimentaux. Ainsi en est-il pour les sensations de paralysie qui parfois accompagnent une violente terreur. La parésie secondaire de presque tous les muscles du corps qu'entraîne parfois à sa suite une impression sensorielle soudaine de crainte, produit en nous une sensation subite d'impuissance qui s'ajoute à la sensation sensorielle terrifiante. Les sentiments de l'attente engendrent secondairement des contractions spéciales des muscles de la volonté et de l'accommodation; aux idées ou aux sensations accompagnées du sentiment de l'attente, s'ajoutent des sensations de tension, d'impatience, secondaires. Ces sensations secondaires jouent un rôle particulier dans l'anxiété : l'émotion de l'angoisse, en troublant le rhythme régulier de la respiration et de l'action du cœur produit une contraction intense des artères périphériques. Nous éprouvons par suite une agitation intérieure, une oppression localisée à la poitrine, et notamment dans la région du cœur, ainsi qu'un sentiment d'horreur, de frissonnement généralisé. Dans l'angoisse précordiale de beaucoup d aliénés et de la cardiopathie nerveuse, il semble souvent que les sensations précordiales aient apparu les premières, et que l'anxiété s'y soit ajoutée comme ton sentimental de celles-ci.

On s'est demandé si *l'intensité du ton sentimental* agréable ou désagréable ne dépendait pas *des caractères de l'idée qu'il accompagne*, et dans quelle mesure? Il existe bien un rapport entre la force du sentiment de la sensation et l'intensité de la sensation. Nous ne pouvons affirmer la même chose pour les sentiments intellectuels. Sans doute les conceptions doivent avoir un minimum d'intensité ou d'énergie pour qu'elles s'accompagnent d'un sentiment assez accentué. Le ton sentimental positif ou négatif d'une conception paraît aussi s'accroître avec l'intensité et la vivacité de celle-ci. La durée d'une conception émousse le ton sentimental de celle-ci lorsque cette durée dépasse certaines limites. L'intensité d'un sentiment intellectuel est fortement influencée par les tons sentimentaux des sensations ou conceptions simultanées ou immédiatement précédentes. Ces particularités président encore aux tons sentimentaux sensoriels. Précisons la *loi du contraste sentimental* ou *loi des intensités relatives*. A la suite d'une sensation désagréable ou d'une idée déplaisante, l'intensité du ton sentimental d'une sensation consécutive agréable ou d'une idée consécutive agréable est d'ordinaire plus grande que si elle n'avait pas été précédée de la sensation ou de l'idée désagréables. L'accord majeur résonne surtout bien quand il suit la dissonnance de l'accord septime. Les solutions de l'harmonie mettent cette règle à contribution. La joie est augmentée par la victoire finale remportée sur des empêchements surmontés. En plein désespoir intense, une idée d'espérance exercera une

action bien plus rassérénante que si elle apparaît dans un état d'âme dépourvu de soucis. Pas plus que l'intensité de nos sensations, l'intensité de nos sentiments n'a de grandeur absolue ; elle dépend de l'intensité des tons sentimentaux simultanés ou précédents. La raison en est que les incitations qui atteignent notre écorce cérébrale ne touchent pas des éléments complètement isolés, qui n'aient jamais auparavant été incités ; ils ont été déjà antérieurement le siège d'autres vibrations et sont en relation d'association conductrice avec d'autres éléments sans nombre. Il s'agirait d'en déterminer les phénomènes et de préciser les modifications que l'irradiation fait subir à la qualité et à l'intensité des tons sentimentaux. Cette théorie de l'induction psychique, appuyée sur des formules, est, espérons-le, réservée à l'avenir.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. König a observé des complications orbitaires provenant de l'inflammation des cellules ethmoïdales.

Société de biologie. — M. Marchoux a expérimenté la dysenterie sur des chats. Il a pu les infecter, mais il n'est point parvenu à cultiver des amibes.

Société de thérapeutique. — M. Regnaud a obtenu d'excellents résultats dans le traitement de la pneumonie, en faisant suivre la saignée d'injections hypodermiques de sérum artificiel.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Novembre 1899

Présidence de M. Carlier, président.

On reprend la discussion sur les *rapports de la fièvre et de la coprostase chez les accouchées.*

M. Ingelrans défend à nouveau son opinion : la fatigue de l'accouchement rend certaines femmes plus sensibles à l'action des poisons de leur intestin, en conséquence elles font de la fièvre par constipation, alors que la coprostase est incapable d'élever la température chez des sujets normaux. Selon lui, la constipation n'est pas par elle-même une cause de fièvre ; à ce sujet il rappelle un travail présenté en 1894, à la Société de chirurgie, par Delorme. D'après une série continue de 160 courbes prises chez des opérés qu'il constipait 12 à 15 jours en moyenne, la température n'est pas montée au-dessus de la normale : bien plus, elle a le plus souvent été en-dessous ; après la diète presque absolue du premier jour, la diète relative du deuxième, les malades de Delorme étaient nourris à peu près à leur faim, potage, œufs, viande blanche ou brune. Ces faits ont la valeur d'une expérience ; il est logique d'établir une différence entre ces malades et les accouchées de M. Oui, et on peut dire que si les poisons et les toxines de l'intestin sont le facteur essentiel de l'hyperthermie qu'on observe, l'organisme qui réagit pour faire la fièvre a une part égale en importance. Or les produits pyrétogènes ne peuvent rien par eux-mêmes, si le système nerveux ne se laisse pas toucher dans sa fonction de régulateur de la chaleur animale. Bouchard a d'ailleurs mis en lumière le rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre et montré l'influence des émotions, des visites, du transport à l'hôpital, d'une alimentation intempestive, toutes causes capables d'élever momentanément d'un degré la température d'un convalescent ou d'un fébricitant. Les fatigues de l'accouchement sont pour M. Ingelrans l'origine de la débilité nerveuse, d'autant plus que dans les cas observés par M. Oui on avait affaire à des primipares, dont le travail dura assez longtemps. En réalité le microbe, les variations de virulence ne sont pas tout et on aurait tort de vouloir méconnaître l'importance des dispositions individuelles.

M. Oui fait remarquer que selon lui M. Ingelrans attache trop d'importance à son observation dans laquelle la température s'est élevée à 39°6 ; il rappelle que cette température a été observée à la suite de l'administration d'un grand lavement, lequel avait dissous une nouvelle quantité de matières et provoque une absorption plus considérable. Il rappelle en outre que chez ses malades l'influence de la dépression nerveuse consécutive à l'accouchement ne peut être invoquée qu'une fois où la température s'est élevée 48 heures après ; dans les trois autres cas, la fièvre apparut le 8e, le 15e, le 16e jour, alors que cette dépression nerveuse avait disparu.

M. Carrière répond à M. Ingelrans que ses expériences lui ont montré que l'homme normal constipé avait de la fièvre. Sans vouloir nier l'influence du système nerveux — ce système nerveux qu'on invoque si facilement quand on est embarrassé devant une explication — il pense qu'il est nécessaire qu'il y ait un primum movens, une cause déterminante qui est la constipation.

Somme toute, les deux théoriciens ne sont pas loin d'être d'accord, ils ne divergent plus que sur le point de savoir si c'est le système nerveux ou la constipation qui commence. C'est ce que fait remarquer **M. Charmeil** qui ajoute que, dans certains cas, il serait bon de s'informer si la constipation n'est pas secondaire et consécutive, par exemple, à un embarras gastrique, lequel expliquerait avec simplicité l'apparition de la fièvre.

*** **M. Carrière** lit un travail sur l'*influence du poison tuberculeux sur la descendance chez les animaux.* La question de l'hérédité de la tuberculose est toujours à l'étude ; il s'agirait de savoir si il y a transmission directe ou prédisposition. Depuis deux ans, il a institué des expériences avec des toxines et des extraits de

bacilles tuberculeux préparés suivant des procédés chimiques multiples. Il injecte ces poisons à des animaux et il accouple tantôt un mâle et une femelle imprégnés, tantôt un animal imprégné avec un animal sain. Il a observé que le nombre des portées est diminué ; en outre le fœtus est souvent mort in utéro sans lésions macroscopiques apparentes, mais avez des lésions microscopiques. Les petits venus à terme sont plus grêles, il y en a de malformés ; très prédisposés à la tuberculose si les deux géniteurs ont été imprégnés des produits tuberculeux, moins si un seul l'a été. Il semble donc que la descendance des tuberculeux soit prédisposée à la tuberculose.

M. Deléarde demande à M. Carrière si, lorsqu'il a employé l'extrait toluolé de bacille tuberculeux, il n'a pas observé d'escharres La graisse de bacilles tuberculeux préparée par ce procédé, a montré à d'autres expérimentateurs et à lui-même, qu'elle avait une action nécrosante certaine.

M. Carrière a en effet observé des petites escharres qui n'eurent aucune gravité ; cela tient à ce qu'il emploie des doses infinitésimales.

M. Combemale rappelle qu'il y a plusieurs années, il a obtenu, en expérimentant avec l'alcool, des malformations, comme M. Carrière, après avoir rendu alcooliques des animaux, et il a observé dans leur descendance des malformations diverses et surtout fréquentes, puisqu'un petit sur deux était malformé. Il ne faut donc pas en clinique, en présence d'une malformation, incriminer catégoriquement telle ou telle tare chez les ascendants ; il semble que, d'une façon générale, tous les poisons animaux et minéraux agissent, quand les ascendants en sont imprégnés, sur la descendance.

⁂ **M. Combemale** rapporte un cas d'*éruption scarlatiniforme* survenue à la suite de l'absorption d'un gramme de salol. Ce médicament avait été prescrit chez une jeune fille de 19 ans atteinte de tonsillite légère. Quelques heures après, apparaît une éruption qui fait porter au médecin traitant le diagnostic de scarlatine ; la malade est alors isolée à la maison de santé ; M. Combemale la voit alors, trouve une éruption qui n'occupe que le tronc; un peu d'angine, une langue superbe, bref aucun symptôme de scarlatine. L'éruption dure deux jours et est suivie d'une desquamation très légère. Voilà donc un cas non douteux d'éruption scarlatiniforme due à l'ingestion d'un médicament qui la provoque rarement. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'une épidémie de scarlatine sévit actuellement sur la ville.

M. Ausset a vu deux enfants de son service qui avaient été isolés en son absence, à cause d'une éruption qui avait fait porter le diagnostic de scarlatine ; il réforma ce diagnostic parce que la langue n'avait pas cet aspect spécial qu'elle a dans la scarlatine, qu'il n'y avait ni angine ni fièvre et que l'éruption ne présentait pas sa gravité habituelle et qu'il n'y avait pas d'albumine. Aussi il fit réintégrer la salle commune à ces petits malades qui ne provoquèrent pas d'épidémie. Etant donné le jeune âge de ces malades, M. Ausset manque tout-à-fait de renseignements sur l'origine médicamenteuse possible de cette éruption.

M. Charmeil, tout en trouvant très intéressantes les observations de M. Combemale et de M. Ausset, fait remarquer qu'il ne faut pas toutefois oublier qu'il existe des scarlatines frustes et il cite des exemples, qui le touchent de près, de cette affection, ayant évolué d'une façon à peine marquée.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Année scolaire 1899-1900 (1er Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

du 3 Novembre 1899 au 15 Mars 1900

Première année de Médecine

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de disection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférence d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Deuxième année de Médecine

LUNDI	Clin. méd ou clin chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Troisième année de Médecine

LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de parasitologie . . .	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie pathologique	de 4 h. à 5 h.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Trav. prat. d'anat. pathol. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours d'anatomie patholog. .	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de thérapeutique. . .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. de parasitologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Conf. de pathologie interne . .	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. méd. ou clin. chirurg. .	de 9 h. à 11 h.
	Cours de pathologie générale.	de 4 h. à 5 h.
	Conférences de thérapeutique.	de 5 h. à 6 h.

Quatrième année de Médecine

LUNDI	Clinique ophtalmologique . . .	à 9 heures.
	Clinique médicale des enfants.	à 10 heures.
	Trav. prat. d'anat. pathol. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouch. . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de patholog. interne . .	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. des mal. des voies urin.	à 10 heures.
	Leçon pr. au lab. d'hygiène. .	à 2 heures.
	Cours d'anatomie patholog. .	de 4 à 5 heures.
MERCREDI	Clin. des mal. cut. et syphil.	10 heures.
	Trav. prat. d'anat. pathol. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours théor. d'accouchem. . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 à 7 h.
JEUDI	Clinique ophtalmologique. . .	à 10 heures.
	Cours d'hygiène	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie patholog. . .	de 4 à 5 h
	Confér. de thérapeutique . . .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. des mal. des voies urin	à 10 heures.
	Clinique médicale des enfants.	à 11 heures.
	Travaux prat. de chimie . . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours théorique d'accouchem.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h
SAMEDI	Clin. des mal. cut. et syphil. .	à 10 heures.
	Cours d'hygiène.	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie patholog. .	de 4 h. à 5 h.
	Conférence de thérapeutique .	de 5 h. à 6 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

LUNDI	Cours d'histoire nat. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér. .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Conférences de physique. . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér.	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.) .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.) .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.) .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI	Cours d'hist natur. (zoolog.) .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. d'hist. naturelle .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de physique . .	de 2 h. à 4 h.
MERCREDI	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de pharmacie. . .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.) .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Trav. prat. de physique . . .	de 2 h. à 4 h.
VENDREDI	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale. . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Trav. prat. d'histoire natur .	de 8 h. à 11 h.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
	Trav. prat. de pharmacie .	de 2 h. à 5 h.

Le samedi 4 novembre a eu lieu le concours pour l'externat. Seize candidats étaient présents. Le règlement nouveau portait que la question écrite porterait sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie, et que la durée de l'épreuve serait de deux heures.

La question écrite, sortie de l'urne, était *os coxal*. Restaient dans l'urne : *muscle trapèze et septième vertèbre cervicale; le diaphragme, insertions, rapports, rôle; articulation du genou; les vertèbres cervicales, muscle trapèze.*

Pour la question orale, le règlement portait qu'elle serait de cinq minutes, après cinq minutes de réflexion, et qu'elle porterait sur la pathologie interne ou externe élémentaire, et sur la petite chirurgie.

La question sortie de l'urne était : *Entorse tibio-tarsienne. Préparation d'un champ opératoire.*

Restaient dans l'urne : *Sciatique, stypage. Symptômes de la lymphangite, lavage du sang. Symptômes de l'ascite, paracentèse de l'abdomen. Signes, diagnostic et traitement du furoncle, application d'un appareil plâtré pour fracture de jambe.*

A la suite des épreuves ont été nommés externes dans l'ordre suivant : MM. Crétal, Lorgnier, Dancourt, Lagache, Leblond, Trampont, Huriez, Gellé, Minet, Knoll, Descamps, Duprez, Caudron.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Du chloralbacide et de son emploi thérapeutique,** par le professeur Fleiner, extrait du *Munchener medicinische Wochenschrift*, 1899.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN

N° 149. Troisième Année, N° 47. Le Numéro : **10** centimes. 19 Novembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à l'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1er janvier.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La constipation et la fièvre pendant les suites de couches

par le Docteur **M. Oui**, agrégé des Facultés de Médecine, Chargé d'un cours d'accouchements à l'Université de Lille.

J'ai eu l'occasion, dans le courant de cette année, de communiquer à la *Société centrale de Médecine du Nord*, deux observations ayant trait à l'hyperthermie produite par la constipation au cours des suites de couches.

De nouveau, j'ai eu à observer deux cas dans lesquels la constipation a provoqué chez des accouchées des accidents fébriles. Ces deux observations m'ont paru présenter quelque intérêt, d'autant qu'elles me permettront de revenir sur un point soulevé par une très intéressante communication, faite à propos de ma première présentation par notre distingué collègue, M. le docteur INGELRANS.

OBSERVATION I. — Madame X..., primipare, dont la grossesse a été absolument normale, perd brusquement une assez grande quantité de liquide amniotique, le 21 juin 1899, vers 6 heures du matin, étant arrivée, à ce moment, presque au terme présumé de sa grossesse. Le fœtus se présente par le sommet en GA. — A la suite de cette rupture prématurée des membranes, quelques contractions utérines se produisent, très espacées, jusque vers cinq heures de l'après-midi, et produisent l'effacement complet du col et un léger début de dilatation.

A partir de ce moment, les contractions deviennent plus vigoureuses et plus rapprochées et, à onze heures et demie du soir, Madame X... accouche spontanément d'un garçon vivant, pesant 2800 grammes.

Délivrance par extraction simple, quarante-cinq minutes après.

Les suites de couches furent, pendant deux semaines, absolument normales et apyrétiques, ainsi qu'en témoigne le tracé ci-joint.

Seules, quelques gerçures des mamelons, d'ailleurs rapidement cicatrisées, troublèrent, pendant les premiers jours de juillet, la quiétude de l'accouchée. De plus, il fallut abandonner l'allaitement, à cause de l'insuffisance de la sécrétion lactée.

Tout était donc pour le mieux, quand, le 6 juillet au soir, alors que, retenu à la chambre, je n'avais pas vu depuis deux jours mon accouchée, je fus informé par le mari que la température, jusque-là normale, venait de s'élever subitement à 39°2.

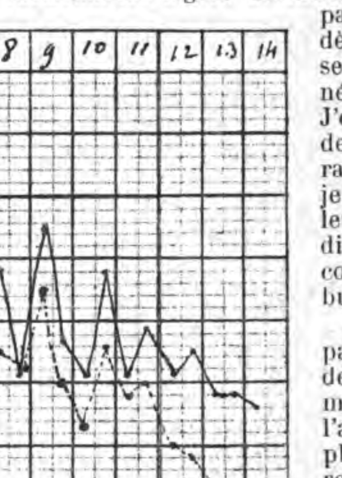
Je savais que, depuis quelques jours, l'accouchée avait été soumise à une véritable suralimentation par sa mère, qui espérait ainsi en faire une bonne nourrice ; je savais que les lavements journaliers ne procuraient que des selles peu abondantes. J'appris encore que, pendant les deux derniers jours, la garde, cédant aux instances de la malade, peu accessible aux charmes de la douche ascendante, n'avait pas administré les lavements prescrits et que, en conséquence, il n'y avait pas eu de selle depuis quarante-huit heures. En même temps, on me signalait que les seins étaient douloureux et un peu rouges.

Dans l'impossibilité de me déplacer, j'ordonnai l'administration de 30 grammes d'huile de ricin, en même temps que l'application sur les seins de larges pansements antiseptiques.

M. le docteur FOLET, qui vit la malade à ma place,

constata, le lendemain, l'état d'intégrité parfaite des organes génitaux et l'absence de toute complication infectieuse du côté des seins. L'huile de ricin n'avait produit aucun effet, et la fièvre persistait. Cependant, le 7 juillet au soir, la température n'atteignait que 38°8.

Pendant cette journée, on avait administré à la malade un lavement qui avait été rendu sans avoir produit d'effet.



Tracé 1

M. le docteur Folet avait ordonné en outre les pilules suivantes :

Jalap......)
Scammonée (āā cinquante centigrammes
Calomel ...)

à diviser en dix pilules. Une pilule toutes les deux heures jusqu'à obtention de l'effet.

Le 8 juillet, au matin, je revoyais la malade. Toujours pas de selles. *Un lavement avait été administré et rendu en partie, coloré mais ne ramenant pas de débris de matières. Une demi-heure après le lavement, frisson. T. 38°8. Le soir, la température tombait à 37°2.*

Le 9 juillet, au matin, *nouveau lavement, nouveau frisson. T. 39°6.* Le soir la température revient à 37°7.

Frappé de la coïncidence de ces ascensions thermiques matinales et de l'administration des lavements, je m'enquis de la façon dont les lavements étaient donnés. J'appris alors que, dans son zèle, la garde introduisait dans l'intestin, jusqu'à 1500 grammes de liquide.

Je défendis absolument l'emploi de lavements aussi abondants et prescrivis des lavements de 500 grammes, administrés deux fois par jour.

Ces lavements revinrent encore très boueux et ce n'est que le 11 juillet qu'ils ramenèrent des matières dures et fragmentées. La température baissa graduellement et atteignit 37°5, le 12 juillet au soir. Les accidents fébriles avaient donc persisté pendant cinq jours.

La seconde observation est plus simple et très démonstrative.

Observation II. — Madame X..., primipare, a eu ses dernières règles du 10 au 15 décembre 1898.

Les débuts de la grossesse s'étaient heureusement passés, lorsque je fus appelé auprès de cette jeune femme, le 18 avril 1899.

Depuis deux jours elle se plaignait de souffrir dans le flanc droit. Elle avait eu de la fièvre, et la température avait atteint 38°6. Lorsque je la vis, je constatai un ballonnement du ventre assez accentué pour masquer l'utérus ; le ventre était douloureux dans la région iliaque et dans le flanc droits, mais cette douleur était diffuse et le point de Mac Burney que je cherchai aussitôt n'existait point.

Les urines présentaient des traces d'albumine.

Je rattachai les légers accidents constatés à la constipation qui s'était produite dès le début de la grossesse et qui avait été fort négligée par la malade. J'ordonnai 30 gr. d'huile de ricin et, lorsque quarante-huit heures après, je revis la malade, la douleur et la fièvre avaient disparu et les urines ne contenaient plus trace d'albumine.

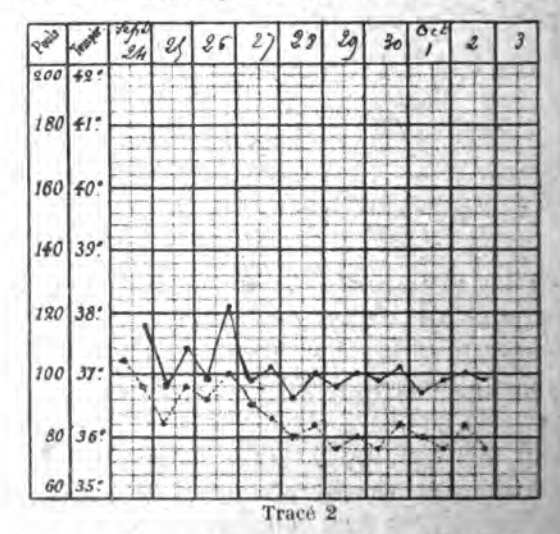
Cet avertissement ne fut pas perdu et avec l'aide de la rhubarbe et des lavements administrés dès que l'absence de selles durait plus de vingt-quatre heures, les accidents ne se reproduisirent pas.

La grossesse s'écoula donc sans encombre jusqu'à la fin de juillet ; mais à ce moment l'albumine reparut dans l'urine, toujours à l'état de traces.

Le régime lacté fut institué ; mais il ne fut supporté que fort difficilement à tel point que je dus autoriser le régime mixte : lait et légumes.

Le 24 septembre, à midi, après un travail qui avait duré quatorze heures, Madame X.... accouchait d'une fille pesant 3990 grammes. Aucune complication ne s'était produite ; mais l'accouchée était très fatiguée et présentait, une heure après l'accouchement, 104 pulsations à la minute. Le soir, la température était à 37°8, le pouls à 96.

Le 26 septembre, au soir, le thermomètre marquait, dans l'aisselle, 38°1. Malaise général, ventre très ballonné. L'utérus est indolore. Douleur à la pression dans le flanc droit, mais à distance de l'utérus. La malade attire d'elle-même mon attention sur ce fait que, pendant la semaine qui a précédé son accouchement, les lavements qu'elle a dû prendre quotidiennement ne provoquaient que des selles très peu abondantes.



Tracé 2

J'ordonne l'administration de 30 grammes d'huile de ricin.

Le lendemain, trois selles abondantes se produisaient, et la température revenait à la normale et y restait pendant toute la durée des suites de couches.

Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire, lors de ma dernière communication, notamment en ce qui concerne le diagnostic.

Je me contenterai de faire remarquer que chez l'accouchée qui fait le sujet de l'observation II, les accidents observés au cours de la grossesse et le tympanisme abdominal attiraient tout naturellement l'attention du côté de l'intestin, d'autant que la constipation avait été manifeste pendant la dernière semaine de la grossesse.

Chez la première malade, il pouvait y avoir doute, et le diagnostic pouvait hésiter entre une lymphangite du sein et la coprostase comme cause de l'hyperthermie constatée. Mais la lymphangite fut rapidement écartée.

Il est, dans cette observation, un point sur lequel je voudrais insister : c'est le rapport très net qui a existé entre des lavements trop abondants et les élévations de température. Les lavements ont agi évidemment en liquéfiant la partie superficielle des matières contenues dans l'intestin, ce qui a rendu plus facile l'absorption des poisons que renferment les matières fécales.

Je n'avais pas, dans ma dernière communication, abordé la question de la cause véritable de l'hyperthermie coïncidant avec la coprostase. J'ignorais le travail d'Otto Kustner que notre collègue, M. le docteur Ingelrans, cite, à ce sujet, dans sa communication ; mais, sans vouloir m'appesantir trop longuement sur ce point, je tiens à faire observer que dans tous les cas que j'ai observés, les organes génitaux étaient absolument intacts avant l'accouchement et le sont restés après.

Quant à la rétention des lochies et à leur putréfaction, elle ne s'est pas produite dans les cas que j'ai rapportés et j'ajouterai que si j'avais observé la moindre altération de l'écoulement lochial, j'aurais porté le diagnostic d'infection puerpérale et, immédiatement, agi en conséquence.

Il ne me reste plus qu'une chose à ajouter. La stercorémie existe, au cours des suites de couches, et peut donner lieu à une hyperthermie habituellement passagère, mais parfois persistante. La méconnaître, peut constituer une faute facile à commettre. Mais prendre pour une stercorémie, une infection puerpérale au début, serait une faute infiniment plus grave. C'est pour cela que, chaque fois qu'il y aura doute, il faudra instituer le traitement de l'infection. Agir autrement serait courir au devant des plus graves accidents.

C'est dans la crainte de voir s'égarer ainsi le diagnostic, que des accoucheurs éminents n'hésitent pas à nier, au moins dans leurs écrits, la fièvre d'origine stercorémique et cela en contradiction avec les maîtres les plus autorisés de la pathologie générale. Et cependant ne s'expose-t-on pas à nuire à une malade atteinte de stercorémie en la traitant pour une infection puerpérale ? Supposez que chez l'accouchée qui fait le sujet de l'observation n° I, le diagnostic d'infection puerpérale ait été porté. Les injections intra-utérines fussent restées impuissantes. Peut-être eût-on été amené à pratiquer un curettage non moins inutile ; et qui oserait affirmer l'innocuité d'une telle intervention ?

Coprostase et Fièvre

par le docteur **G. Carrière**, agrégé.

J'ai suivi avec grand intérêt, au mois de juin 1899, les observations présentées par mon collègue et ami le docteur Oui, sur la coprostase, cause de fièvre chez les accouchées.

Quelques observations ont été présentées ici même par MM. Gaudier, Colle et Folet, qui ont montré que, à la suite des traumatismes opératoires gynécologiques, la coprostase est fréquemment une cause de fièvre.— M. Moty a affirmé que la parésie intestinale était seule en jeu, dans la production de cette fièvre. M. le professeur Combemale a fait de cette hyperthermie une conséquence de la résorption des toxines sécrétées par les microbes qui pullulent dans les matières fécales.

A la séance suivante, M. Ingelrans a communiqué à ce propos une note où il fait de la fièvre de la coprostase, un phénomène purement réactionnel dû à ce que l'organisme affaibli par le traumatisme de l'accouchement, est devenu plus sensible à l'action des poisons normalement élaborés dans l'intestin.

D'après lui, semble-t-il, la sensibilité individuelle est tout, il n'y a pas intoxication par résorption de toxines plus nocives ou plus abondantes.

L'organisme est tout, l'intoxication rien.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, d'étudier avec mon ami le docteur Castets, les phénomènes d'auto-intoxication intestinale ; et c'est dans ces recherches partiellement inédites que je puiserai quelques arguments contre la thèse soutenue en juillet par M. Ingelrans.

Mais avant d'aborder ce sujet, il convient de se faire une idée très exacte de ce qu'est la fièvre.

Les expériences de Hoffa, les recherches de Gamaleïa ont démontré que, ni l'action fermentative des bactéries, ni celle des ptomaïnes qu'elles sécrètent ne sont capables d'expliquer à elles seules le phénomène que nous étudions : la fièvre.

Il semble généralement aujourd'hui que l'hyperthermie est en rapport avec la destruction des bactéries ou des toxines. L'organisme envahi se défend. Ses défenseurs, les

leucocytes, se précipitent au devant des envahisseurs, les appréhendent au corps; les ferments leucocytaires cherchent à digérer ces microbes ou ces toxines, et c'est sous cette influence que se produisent des substances pyrétogènes, qui, résorbées, vont agir sur le centre thermique et élèvent la température.

Pour qu'il y ait fièvre il faut donc :

1° Un organisme réagissant ; 2° Une cause de réaction : absortion de microbes ou de toxines, qui, digérées par les leucocytes,donnent naissance à des substances pyrétogènes.

L'organisme réagissant n'est donc pas tout et sa sensibilité plus ou moins grande vis-à-vis des agents pyrétogènes n'est donc pas seule en cause dans la pathogénie de la fièvre de coprostase. Nous ne pouvons donc pas admettre cette assertion de notre estimé confrère : « Ce » n'est pas que les poisons circulants soient en plus » grande quantité, c'est que l'organisme des accouchées » ou des traumatisées est plus sensible à leur action. »

Sans doute la part de la susceptibilité réactionnelle doit être sérieusement réservée, mais elle bien loin d'être tout : c'est ce que je voudrais démontrer.

Et d'abord quels sont les arguments qu'on invoque pour rejeter cette exagération de l'intoxication intestinale dans la coprostase avec hyperthermie. D'une part on fait remarquer que l'hyperthermie manque dans la constipation habituelle; dans celle des vieillards.

L'absence d'élévation thermique en ces cas est-elle bien absolument démontrée? Je n'en crois rien et je crois que si on la recherchait systématiquement, on aurait peut-être parfois des surprises. Personnellement j'ai pris la température rectale chez des constipés par entérite muco-membraneuse et dans trois cas sur quatre, j'ai obtenu des températures de 38°4, 38°9, 38°2. On pourrait objecter qu'en ce cas il y a des lésions de la paroi, capables de favoriser l'absorption des toxines.

Cette objection ne saurait s'appliquer quand on prend des exemples chez les vieillards constipés.

Ici, comme dans la pneumonie, il faut chercher la température centrale et non la température périphérique. C'est ainsi que chez trois vieillards constipés de cinq jours, j'ai eu des températures rectales de 38°5, 38°7 et 38°9 alors que le thermomètre axillaire ne montait qu'à 36°5, 36°7, 36°9.

Sans vouloir tirer de conclusions basées sur un si petit nombre d'observations, je dirais volontiers que : *la constipation seule s'accompagne peut-être plus fréquemment qu'on ne le pense d'élévation thermique.*

J'irai même plus loin et je ne suis pas éloigné de croire que certains cas de fièvre neurasthénique sont véritablement dus à la coprostase : j'en ai vu plusieurs exemples.

On a encore invoqué contre l'hypothèse de la coprostase cause d'auto-intoxication et d'hyperthermie, un autre argument qui est le suivant :

« Les matières fécales dures, dit-on, ne contiennent plus » grand chose capable d'être absorbé et en tous cas ce » qu'elles peuvent contenir de toxique, n'étant pas dissous » dans une partie aqueuse qui manque, ne peut plus agir. »

Ceci est plausible, en apparence tout au moins; en réalité c'est un raisonnement par l'absurde.

Et d'abord, on pourrait objecter que si les matières sont si dures et renferment si peu d'eau, c'est précisément parce que leur partie aqueuse a été absorbée pendant leur long contact avec la muqueuse intestinale. Il est évident que les substances qui se trouvent au centre des scybales ne sauraient être absorbées. Mais à la surface de ces scybales, pullulent un nombre considérable d'espèces microbiennes qui déversent dans le mucus glaireux, sécrété par la muqueuse au contact du bol fécal, leurs toxines très actives, nous le verrons dans un instant. Ce mucus est suffisamment aqueux pour favoriser la résorption.

Manquerait-il, du reste, les agents microbiens n'en pulluleront pas moins dans les parties superficielles de la scybale. Ils passeront même très aisément dans les épithéliums et la muqueuse, qui, comprimée du fait de la coprostase, est un *locus minoris resistentiæ*, tout prêt à les recevoir.

Ce second argument ne saurait donc nous arrêter.

Notre estimé confrère pense encore trouver un argument de plus à l'appui de sa thèse, dans l'hyperthermie par coprostase des typhiques. « Si ces sujets ne venaient pas » de subir une grave maladie, dit-il, le système nerveux » ne réagirait pas tant vis-à-vis d'une légère intoxication » intestinale. »

Je veux bien admettre cette susceptibilité du centre thermique des typhoïdiques, mais je n'y vois nullement un argument contre l'auto-intoxication due à cette coprostase. Tout au contraire, l'auto-intoxication est ici manifeste.

D'une part en effet la muqueuse intestinale ulcérée doit absorber très facilement les poisons dus aux fermentations intestinales.

Qu'on n'objecte pas que ces ulcérations sont haut situées, dans l'intestin grêle! Cela n'infirme rien, et si les matières fécales s'accumulent dans le gros intestin s'ensuit-il qu'il n'y ait pas de stase au-dessus?

D'autre part, les expériences de SANARELLI ont surabondamment démontré que, dans la dothiénentérie, le colibacille, hôte habituel de notre intestin, voit sa virulence considérablement accrue : d'où nouvelle chance d'intoxication, dès que la moindre stase se produira, au cours des matières fécales.

Ce n'est donc pas là encore un argument capable d'entraîner notre conviction et de nous faire admettre l'hypothèse ingénieuse de notre estimé confrère.

A mon avis, l'absorption de microbes ou de toxines

sécrétées par ces microbes, joue un rôle de beaucoup plus important. Je vais le démontrer.

I. — *La coprostase s'accompagne d'une pullulation microbienne très marquée.*

α. — Si on oblitère l'anus d'un lapin et qu'au bout de trois jours on le sacrifie, on constate que les matières fécales ainsi retenues renferment un nombre considérable de colonies microbiennes. Deux plaques de seconde dilution au 1/10 nous ont donné 150 et 180 colonies. Chez un lapin normal, les matières fécales recueillies au même niveau et ensemencées sur deux plaques, en seconde dilution au 1/10 ne donnèrent que 23 et 27 colonies.

Cette expérience corrobore du reste pleinement ce que Klecki observa, il y a quelques années, sur les anses intestinales étranglées.

II. — *La coprostase augmente la virulence du coli-bacille.*

Dans les mêmes conditions par coprostase expérimentale chez l'animal, j'ai isolé des cultures pures de coli-bacille et j'ai pu constater qu'en ce cas 1/5 de c³ de cultures sur bouillon de vingt-quatre heures tuait le cobaye de 400 gr en vingt-quatre heures, par injection sous-cutanée.

Des cultures de coli-bacilles provenant de l'intestin normal d'un lapin, ne tue le cobaye en vingt-quatre heures, qu'à la dose de 1 à 1,5 c³ par injection sous-cutanée.

Ici encore il se produit quelque chose d'identique à ce que Klecki observa dans les anses étranglées.

Il est du reste un fait à l'heure actuelle admis depuis les travaux de Trzebicki, c'est que le coli-bacille intestinal est d'autant plus virulent qu'il est soustrait à l'action acide du suc gastrique. Aussi dans les parties inférieures de l'intestin, où la réaction du milieu est plutôt alcaline, le coli-bacille récupère une virulence plus forte que dans l'intestin grêle. — C'est ce qui se passe dans la coprostase.

III. — *La coprostase s'accompagne de l'hypertoxicité du contenu intestinal.*

Après avoir produit la coprostase chez le lapin on recueille les matières fécales, on les triture dans l'eau, on filtre soigneusement (20 grammes de matières furent ainsi dissoutes dans 60 c³ d'eau).

Injecté dans la marginale de l'oreille d'un lapin, ce liquide fut toxique, à la dose de 23 c³ pour un kilogr.

Dans les mêmes conditions l'extrait des matières fécales d'un lapin normal ne fut toxique qu'aux doses de 53 et 58 c³.

Il est facile de se rendre compte de ce fait chez l'homme. On fait un extrait alcoolique de 600 grammes de matières fécales normales ; on filtre ; on évapore et on reprend l'extrait dans 100 c³ d'eau. Le coefficient toxique de ce liquide est de 26 à 30 c³ pour 1 kilogr. En faisant les mêmes manipulations avec les matières fécales d'un constipé de quatre jours, on constate que le liquide a pour coefficient toxique de 18 à 20 c³.

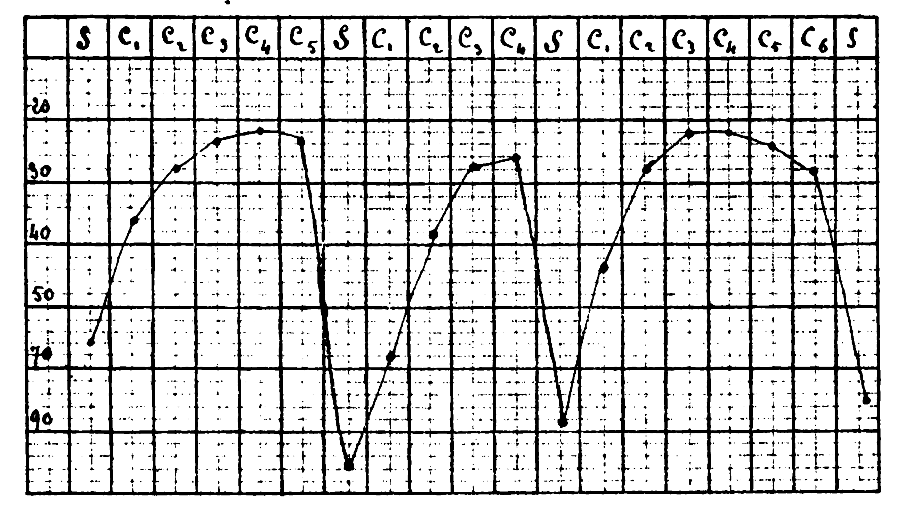
Voudrait-on nier l'absorption intestinale dans la coprostase ? Je ne veux pour preuve de son existence que les résultats expérimentaux suivants :

1° Présence fréquente de l'indican dans les urines des constipés, quels qu'ils soient.

2° Hypertoxicité urinaire consécutive à la coprostase et qui décrit une courbe suivant exactement celle-ci. — Je possède plusieurs de ces courbes démonstratives.

3° L'absorption des toxines au niveau du côlon descendant est encore prouvée dans l'expérience suivante.

On produit chez une lapine la coprostase, le thermomètre s'élève légèrement en vingt-quatre heures ou quarante-huit heures : 39° au lieu de 38°.



Chez deux autres lapines dont l'anus a été oblitéré, on injecte par une bougie filiforme une culture de coli-bacille, chez le second des toxines coli-bacillaires. La température vaginale monte, en douze heures, à 40°-41°.

Il est donc évident que l'absorption a eu lieu en ce cas alors que chez d'autres animaux sans coprostase, l'injection de cultures ou de bouillons chargé de toxine, ne produit aucune élévation thermique.

Il n'est donc pas douteux que, dans la coprostase, il y ait pullulation microbienne, sécrétion exagérée de toxines par ces microbes, absorption des poisons intestinaux. On nous objectera peut-être que l'expérimentation chez le lapin ne se compare pas avec ce qu'on observe chez l'homme. On cherchera des arguments contre ma thèse dans la clinique seule.

Je ne sache pas d'abord qu'on ait jamais fait fi de l'expérimentation et n'est-ce pas sur elle que nombre de clini-

ciens et non des moindres, se basent chaque jour pour établir et démontrer les hypothèses que leur suggère l'observation clinique.

D'autre part, je crois, dans mes expériences, m'être placé dans les meilleures conditions pour me rapprocher de ce qui se passe chez l'homme.

On a pensé que dans la coprostase c'était l'absorption de certains produits renfermés dans les matières fécales qui causait la fièvre : on a incriminé la potasse et l'ammoniaque qui, les expériences de Bouchard l'ont démontré, sont des hypothermisants !

Peut-être certains poisons intestinaux non microbiens sont-ils hyperthermisants ? Il faudrait le rechercher.

On ne manquera pas de m'objecter encore que les poisons coli-bacillaires sont en général des hypothermisants.

En général le fait est vrai, mais à côté de ces poisons hypothermisants il y en a encore d'hyperthermisants : il suffit pour s'en convaincre de voir ce qui se passe dans certaines péritonites, dans les angiocholites et autres lésions coli-bacillaires. En second lieu, rien ne prouve que ce soit le coli-bacille seul qui soit la cause de l'hyperthermie, ce n'est point le seul hôte de l'intestin. Je l'ai pris comme exemple sans généraliser.

Dans l'occlusion intestinale enfin, la question de l'hypothermie est tout à fait distincte, car il y a là des accidents et des lésions qui ne peuvent, en bonne logique, être comparés avec ce qui se passe dans la constipation.

Je crois donc qu'en se basant sur ces faits expérimentaux et cliniques, on peut admettre que la fièvre de la coprostase est bien due à l'absorption au niveau de la muqueuse intestinale de germes microbiens ou de toxines.

Que l'organisme lui-même joue un rôle dans cette hyperthermie, je n'en doute pas puisque ma définition même de la fièvre en fait foi.

A mon avis l'organisme n'entre en jeu que secondairement, parce qu'il y a résorption microbienne ou toxinique !

Quant au rôle du traumatisme, je crois qu'ici encore, il faut bien préciser les faits.

Je ne crois pas que le traumatisme agit sur la susceptibilité réactionnelle des centres thermiques.

Je n'en veux pour preuve que la première observation de M. Oui, où la température n'a monté que quinze jours après l'accouchement. En acceptant l'hypothèse de M. Ingelrans, il faut admettre que c'est là une perturbation de la sensibilité réactionnelle qui se fait à une bien longue échéance.

Je crois et l'expérience suivante en fait foi, que le traumatisme en contusionnant l'intestin, en favorisant de ce fait l'ectasie vasculaire et la résorption, peut même favoriser l'exode microbienne à travers la paroi intestinale.

Je prends une lapine, j'oblitère l'anus et je vois les jours suivants la température vaginale s'élever de 39°5 à 40°3, 40°8.

Une seconde lapine, dont l'anus est oblitéré le même jour, est laparotomisée, sans qu'on touche à l'intestin — on le recoud.

La température vaginale monte de 39°5 à 40°4.

Une troisième lapine dont l'anus est oblitéré le même jour est laparotomisée, et on pince très énergiquement avec les doigts, le gros intestin dans toute la région de l'S iliaque.

La température vaginale monta de 39°3 à 42°6 les jours suivants.

Ce que j'ai voulu démontrer en tout ceci, c'est que l'hypothèse de M. Ingelrans ne se base elle-même que sur des hypothèses et non sur des faits expérimentaux ou cliniques. Elle est donc purement gratuite.

S'il convient donc de tenir compte de la susceptibilité réactionnelle des sujets, c'est à un tout autre point de vue que j'aborderai dans une prochaine communication.

On ne saurait donc être absolu en l'espèce et admettre une théorie exclusive : il faut être éclectique et dire : la fièvre de la coprostase est due à la résorption de germes microbiens ou de toxines. Les traumatismes de l'intestin, l'insuffisance hépatique, la décompression abdominale après l'accouchement, peuvent favoriser son apparition, et c'est là sans doute l'explication de fièvre par coprostase à la suite de l'accouchement.

C'est ce qui fait que peut-être cette hyperthermie ne se produit pas chez la femme enceinte sans trauma obstétrical.

L'absorption peut porter sur des produits hypothermisants; sur d'autres, n'ayant aucune action sur les centres thermiques; elle peut être très minime (lorsqu'il n'y a pas traumatisme) et c'est là sans doute l'explication de l'irrégularité et de l'inconstance de la fièvre dans la coprostase.

***

Et pour tirer de ceci un enseignement pratique je me demande s'il ne serait pas avantageux de faire préventivement l'antisepsie intestinale chez les femmes qui vont accoucher.

Fièvre et Coprostase

(Deuxième article)

par le Docteur **Ingelrans**, lauréat de la Faculté de Paris.

Aux séances de la *Société centrale de médecine du Nord* des 23 juin et 27 octobre, M. le docteur Oui a donné les observations de quatre accouchées, ayant présenté de la fièvre par constipation. J'ai essayé d'en donner une explication dans une première communication. A cette occasion M. le docteur Carrière, le 27 octobre, a soulevé de sérieuses objections contre ma manière de voir. Voici ce que je puis lui répondre.

Mon opinion est que la fatigue de l'accouchement rend certaines femmes plus sensibles à l'action des poisons de leur intestin et qu'en conséquence, elles font de la fièvre par constipation, alors que la coprostase est incapable

d'élever la température chez des sujets normaux (voir page 353). Nulle part je n'ai été jusqu'à dire que l'organisme fût tout et l'intoxication rien ; nulle part je n'ai nié l'absorption intestinale dans la coprostase. J'ai dit qu'elle n'amène pas la fièvre à elle seule.

M. CARRIÈRE a institué des expériences d'où il conclut que la constipation est par elle même une cause de fièvre plus fréquente qu'on ne le pense et que la part qui revient à l'organisme réagissant est fort secondaire. C'est exactement le contrepied de ce que j'ai avancé, à titre d'hypothèse probable, et sans vouloir trancher cette question difficile. Le mieux à faire serait de prendre la température de sujets constipés et de voir ce qu'elle est. Cela est facile, mais long. Il est plus simple de rechercher ce qu'on en a dit avant nous, et voici précisément un travail qui ne peut manquer d'apporter de la lumière sur ce sujet.

Le 30 mai 1894, à la *Société de chirurgie*, M. DELORME (du Val-de-Grâce) a fait une communication sur les effets de la constipation des opérés et sur leur alimentation : « Mes opérés des régions abdomino génito-crurales, dit-il, ont été, pour la plupart, constipés de 12 à 15 jours, après leur opération. Ils ont pris, le premier jour, de 30 à 40 gouttes de laudanum, les jours suivants de 15 à 20 gouttes. Ils ont été purgés ou ont pris des lavements avant l'intervention : aucun n'a été soumis à l'action d'antiseptiques intestinaux. Il s'est toujours agi d'hommes adultes, sains. — *D'après la série continue de 160 courbes que je vous présente*, dans l'immense majorité des cas, la température n'est pas montée au-dessus de la normale pendant toute la durée de la constipation provoquée ; *bien plus, elle a été le plus souvent abaissée un peu au-dessous de la normale.* Dans ces 160 courbes, en effet, 90 fois elle oscille entre 36° et 37° et 66 fois entre 37° et 38°. Quand elle a dépassé 38°, ce n'a été que tout momentanément. Quand des coliques passagères ont fait, pour quelques-uns, et pour un jour monter la température au-dessus de 38°, une nouvelle dose de laudanum, en même temps qu'elle faisait cesser les douleurs, ramenait la température à la normale. En somme, la température normale dans la très grande majorité des cas, le plus souvent abaissée, exceptionnellement et tout momentanément supérieure à 38 degrés, telle est la donnée qui ressort nettement de cette *série continue et nombreuse de cas bien observés.* — Après la diète presque absolue du premier jour, la diète relative du deuxième, mes opérés ont été nourris dès le troisième jour, à peu près à leur faim, avec des potages, des œufs, de la viande blanche ou brune en quantité habituelle et du vin. On leur donna une quantité plus faible de pain et de légumes. La première selle était facilitée par plusieurs lavements ordinaires, de vaseline ou de glycérine. Cinq à six fois seulement, elle fut réellement difficile et un malade dut attendre jusqu'au 22ᵉ jour. »

Voilà ce qu'a observé M. DELORME, et cela, dans des conditions si spéciales et si semblables dans tous les cas, que sa série continue et nombreuse de cas bien observés a toute la valeur d'une expérimentation clinique. Les faits parlent ici par eux-mêmes et se passent très bien de commentaires. Qu'on veuille bien comparer seulement la différence qui se montre entre ces malades et les accouchées de M. OUI. Qu'on compare leur température de 37° avec les 39°2 et les 39°8 de ses accouchées et avec les 41° de la malade de M. POTAIN que j'ai citée, et l'on comprendra qu'établir une différence entre l'organisme d'hommes adultes sains et l'organisme de femmes fatiguées ou convalescentes, si c'est faire une hypothèse ingénieuse, ce n'est pas faire une hypothèse gratuite, ni se payer de mots.

Je prétends donc que, si les poisons et les toxines de l'intestin sont le facteur essentiel de l'hyperthermie qu'on observe, l'organisme qui réagit pour faire la fièvre, a une part égale en importance. Des produits pyrétogènes ne peuvent rien par eux-mêmes, si le système nerveux, régulateur suprême de la chaleur animale, ne se laisse pas toucher. Inversement, ce système nerveux, à lui seul, et sans produits pyrétogènes, peut perdre sa faculté de régulation et laisser des combustions exagérées se produire à la suite d'un choc ou d'une section portant sur des régions assez bien connues des physiologistes. Ce n'est point le cas dans l'espèce et j'admets pleinement que des poisons du tube digestif excitent les centres thermiques (1) ; mais ceux-ci ne laisseront la fièvre s'allumer que si leur débilité le permet.

« *Du rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre* », tel est le titre d'un mémoire que M. BOUCHARD a lu au Congrès de Rome, le 30 mars 1894 (2). L'auteur y développe les idées que je n'ai émises que d'une manière indécise et les met dans leur plein jour. Qu'on me permette d'en indiquer le résumé. « Les fébricitants qu'on amène à l'hôpital, dit M. le professeur BOUCHARD, ont, quatre fois sur cinq, une température supérieure d'un degré et plus à la température du lendemain. Les visites amènent une hyperthermie immédiate et font réapparaître la fièvre quand elle est tombée. Une alimentation intempestive au cours d'une fièvre continue augmente celle-ci : il en est de même de la fatigue musculaire. Chez les convalescents, une émotion suffit. Ces faits ne sont pas contestables. Les causes de fièvre trouvent chez l'homme débile, mieux que chez l'homme sain, un système nerveux capable de subir les influences perturbatrices de la thermogenèse.

La facilité avec laquelle le système nerveux lutte avec efficacité contre les causes d'hyperthermie dépend de son

(1) A moins qu'il ne s'agisse, par exemple, de substances hypothermisantes comme la potasse et l'ammoniaque, car il est bien certain qu'elles n'engendreront pas la fièvre : mais cela est en quelque manière confirmatif de ce que j'avance.

(2) Onzième congrès international des sciences médicales, tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894, sous la présidence de M. BACCELLI.

énergie. Chez les affaiblis, les épuisés, on voit la fièvre survenir pour des causes qui, chez l'homme sain, ne l'entraînent pas. Ainsi s'explique ce fait que, au décours de la typhoïde, la même cause peut produire indifféremment la syncope ou l'accès fébrile. C'est de cette façon que j'explique pourquoi l'homme fort ne présente que de faibles oscillations de la température : sa ligne thermique est tendue, tandis que celle de l'homme faible est marquée par de grandes oscillations. Si un système nerveux robuste sait garantir l'économie contre les variations thermiques, la faiblesse nerveuse rend sa protection moins vigilante ou moins efficace. On peut alors voir, comme avec un verre grossissant, des effets peu apparents à l'état normal. Des causes légères produisent alors des effets évidents *Le système nerveux débilité est un réactif particulièrement sensible pour les agents provocateurs de la fièvre.* »

Si l'on pense que les fatigues de l'accouchement ne sont pas une cause de débilité du système nerveux, je demanderai alors comment il se fait que les quatre malades de M. Oui aient été précisément des primipares, fait qu'on n'a pas assez remarqué, c'est-à-dire des femmes chez qui l'épuisement a dû à coup sûr exister, attendu que le travail a duré chez elles respectivement neuf, quatorze et vingt-une heures ! Aux accoucheurs de juger.

« Il faut savoir convenir, dit M. Charrin, et cela au risque de paraître diminuer le rôle des microbes, du moins aux yeux de ceux qui ne veulent pas saisir les positions des questions, il faut savoir convenir que, dans les affections de chaque jour, les bactéries assurément interviennent, mais, le plus souvent, elles agissent lorsqu'une prédisposition innée, l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament, lorsque des causes occasionnelles viennent d'agir sur l'organisme, en particulier le système nerveux. Ce système à son tour répond en modifiant et les humeurs et les mouvements cellulaires. *Ce sont ces conditions qui dominent;* ce sont elles dont il faudrait s'appliquer à débrouiller les détails pathogéniques, *car elles dépassent en influence, dans nombre de cas, les variations de virulence*, dont nous n'avons jamais méconnu la valeur. » (*Traité de Pathologie générale de* Bouchard, 1896).

En terminant, je répondrai à quelques objections de détail qui m'ont été adressées par M. le professeur Carrière. J'ai dit, à la suite de M. Oui, que des matières fécales dures ne sont guère nocives, car elles ne contiennent plus rien d'absorbable. M. Carrière répond que s'il n'y a plus rien d'absorbable, c'est que tout a déjà été absorbé. Il n'en est rien : tout ce qui a été dissous a été absorbé, mais tout ce qui est soluble n'a pas été dissous, distinction capitale, car un purgatif ou un lavement amènent une nouvelle dissolution, ce qui fait monter le thermomètre, ainsi qu'on l'a vu. Ce n'est là ni un raisonnement par l'absurde, ni un raisonnement absurde.

Les expériences démontrent la virulence du coli-bacille chez les animaux constipés : je demande s'il n'existe pas de coli virulent dans l'intestin normal. Des microbes virulents peuvent habiter normalement nos cavités. D'autre part, chez les typhoïsants, la stase dans l'intestin grêle n'est pas impossible ; mais elle n'est rien moins que certaine.

On ne peut, dit-on, comparer la température axillaire d'une accouchée et la température rectale d'un vieillard. Pourquoi pas ? on ne peut, il est vrai, comparer la température axillaire d'un vieillard avec la température rectale d'une accouchée, car le revêtement cutané, dans la vieillesse, a une température assez basse. Il est loin d'en être ainsi du rectum. « La température rectale n'éprouve par les progrès de l'âge, dit Charcot, aucune modification appréciable ; 37°2, 37°5, rarement 38°, telle est, d'après les recherches très nombreuses que j'ai faites à ce sujet, la température normale du vieillard jusqu'aux extrêmes limites de la vie. Elle est la même que chez l'adulte ». M. Richet indique même un dixième de degré en plus chez les vieillards. Or, une accouchée de M. Oui a eu 39°6, le matin, dans l'aisselle, soit environ 40° dans le rectum, et les vieillards de M. Carrière 38°4 et 38°9, ce qui fait un certain écart. Encore étaient-ils atteints de colite muco-membraneuse, affection inflammatoire, à poussées fébriles, avec graves lésions de la muqueuse, ce qui sort de la constipation simple.

En ce qui concerne l'occlusion intestinale, si habituellement hypothermique, le coli-bacille acquerrait en ce cas des qualités spéciales. Pourquoi a-t-il des qualités hyperthermisantes dans le cas d'oblitération de l'anus chez le lapin ? Et si les accidents de l'occlusion ne sont pas les mêmes que ceux de la constipation, comment le lavage de l'estomac les atténue-t-il, si ce n'est en diminuant l'intoxication ?

De par les considérations qui précèdent, je me crois donc autorisé à maintenir mon hypothèse sur la susceptibilité réactionnelle des accouchées, des débilités en général, vis-à-vis de la production de la fièvre. Les *faits d'observation* de MM. Delorme et Bouchard me paraissent même lui prêter un solide appui et il ne s'agit en rien d'hypothèses. En reconnaissant l'importante contribution apportée par les expériences de M. Carrière à l'éclaircissement de cette question, je ne crois pas qu'ils doivent nous faire oublier la nécessité de considérer chaque malade isolément dans sa lutte contre les causes pathogènes et je me permets à ce propos de citer ces mots de Claude Bernard : « Le médecin n'est pas le médecin des êtres vivants en général, pas même le médecin du genre humain, mais bien le médecin de l'individu humain, et de plus le médecin d'un individu dans certaines conditions qui lui sont spéciales, et qui constituent ce qu'on appelle son idiosyncrasie. » (*Introduct. à l'étude de la méd. expérimentale*).

Est-ce faire fi de l'expérimentation que d'invoquer, à côté d'elle, et non contre elle, des observations sérieuses et nombreuses? L'expérimentation est une observation provoquée. Son rôle est de contrôler les résultats de l'observation. Si les deux méthodes concordent, tout est au mieux; si elles divergent, c'est qu'une cause d'erreur s'est glissée d'un côté ou de l'autre et peut-être des deux à la fois. Dans le cas particulier, nul doute que les expériences de M. Carrière aient été bien conduites, nul doute non plus que les faits cliniques observés soient exacts, vu surtout leur nombre qui diminue les chances d'erreur. Alors? — Alors, ces deux constatations positives restent debout l'une et l'autre; mais cela n'empêche pas que les 160 malades de M. Delorme n'aient pas eu de fièvre. C'est un fait : et comment soutenir dès lors que mon hypothèse ne se base que sur des hypothèses?

Du dosage de l'urée dans l'urine. Nouvel uréomètre clinique à indications directes,

Par M. A **Bouriez**, Pharmacien-Chimiste à Lille.

Le dosage rigoureux de l'urée dans l'urine est une opération de laboratoire, longue, délicate et à laquelle on n'a recours que dans des cas tout à fait spéciaux, comme lorsqu'il s'agit, par exemple, de déterminer le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total (1).

En général, l'approximation que donne le dosage rapide à l'hypobromite suffit au médecin intéressé à savoir, le plus tôt possible, s'il y a excès ou insuffisance, augmentation ou diminution dans l'élimination de l'urée.

Du volume d'azote produit par la réaction, on déduit l'urée à l'aide de tables.

Bien que suffisamment précis, les résultats fournis par cette méthode dont la rapidité fait tout le mérite, ne sont pas rigoureusement exacts, par suite de ce fait bien établi que l'hypobromite ne dégage pas tout l'azote de l'urée et dégage de l'azote d'autres éléments azotés de l'urine dont la séparation préalable exige trop de temps pour entrer dans la pratique d'un procédé clinique.

C'est en vain qu'on a essayé de supprimer, sans trop compliquer le dosage, les deux causes d'erreur ci-dessus signalées, en additionnant de glucose l'urine déféquée au sous-acétate de plomb ; car, s'il est exact que la présence du glucose provoque la décomposition intégrale de l'urée, il est, d'autre part, bien démontré que le sel de plomb est impuissant à séparer de l'urine la totalité des matières azotées autres que l'urée (1). De telle sorte que, le plus simple et probablement le plus exact c'est encore d'opérer sur l'urine telle quelle. 7 à 8 °/₀ de l'urée échappent à la décomposition théorique, mais cette perte, comme le fait observer Denigès (*Précis de chimie analytique*, page 724), se trouve assez exactement compensée par le dégagement d'azote que fournit, sous l'influence de l'hypobromite, l'ensemble des autres éléments azotés de l'urine (2).

Le volume d'azote mesuré dans ces conditions représente donc sensiblement tout l'azote de l'urée seule et permet ainsi d'en calculer le poids.

Parmi les nombreux appareils préconisés pour le dosage de l'urée, ceux qui ne nécessitent pas l'emploi des cuves à eau ou à mercure sont les plus pratiques.

Le nouvel uréomètre que j'ai l'honneur de vous présenter n'est qu'une simplification du tube de Dannecy. Le robinet a été remplacé par un tube semi-capillaire qui fait corps avec l'appareil et qu'on obture avec le doigt pendant la réaction ; un ajutage latéral que l'on peut fermer à l'aide d'un bouchon en caoutchouc, facilite l'introduction des différents liquides. Ses dimensions ont été réduites et l'on opère sur 1 cc. d'urine mesuré à l'aide d'une pipette jaugée, à écoulement libre. Enfin sa graduation supprime l'emploi des tables et donne directement, par simple lecture, le chiffre de l'urée en grammes par litre d'urine.

Ce résultat a été obtenu en partant de cette donnée facile à vérifier, à l'aide de solutions titrées de sulfate ou de chlorhydrate d'ammoniaque qui dégagent de 98 à 99 °/₀ de leur azote, que dans les conditions de l'expérience, 0 cc. 4 d'azote correspondent très approximativement à 0 gr. 001 d'urée.

MODE D'EMPLOI

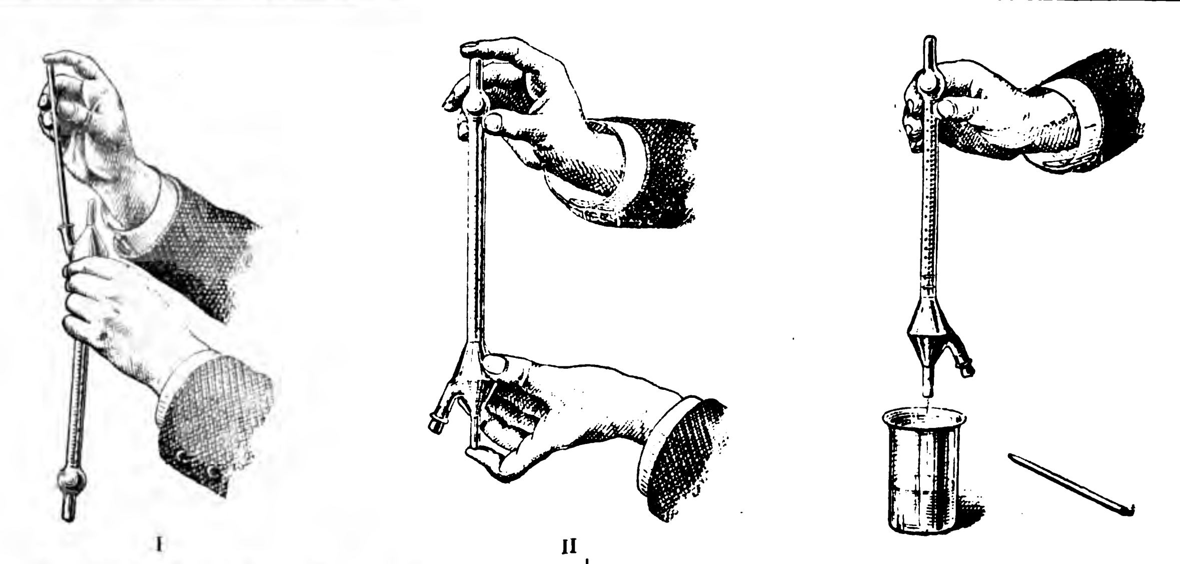
L'instrument étant tenu dans la position I, on y fait pénétrer par la tubulure latérale, successivement et en évitant le mélange :

1° Jusqu'au trait inférieur de la graduation, de

(1) Il faut alors déduire l'urée de l'azote dosé par la méthode de Kjeldahl, dans l'urine complètement débarrassée des autres éléments azotés qu'elle renferme, d'après les indications de MM. Moerner et Sjoeqvist.

(1) Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que lorsqu'on ajoute à l'urine un dixième de son volume de sous-acétate de plomb et qu'on opère le dosage sur le liquide filtré, on commet, en majorant les résultats d'un dixième (pour tenir compte de la dilution), une erreur en trop dont on ne connaît pas la limite, puisqu'on ne tient aucun compte du volume du précipité plus ou moins abondant retenu par le filtre.

(2) Dans le cas des urines diabétiques dont le glucose fait dégager la totalité de l'azote uréique, il suffira de retrancher 1/20 du résultat.



I II

l'hypobromite de la formule : Brome $7^{cc.}$. Lessive des savonniers $60^{cc.}$. Eau distillée $140^{cc.}$.

2° De l'eau distillée jusqu'au premier trait circulaire vers le haut du tube.

3° Un centimètre cube d'urine exactement mesuré avec la pipette jaugée.

On ferme immédiatement la tubulure latérale à l'aide du bouchon de caoutchouc et on obture avec le doigt l'orifice du tube capillaire.

On retourne alors le tube dans la position II, on agite à plusieurs reprises et quand tout dégagement de bulles gazeuses a cessé on lâche le doigt.

Sous l'influence de la pression intérieure, un volume de liquide égal au volume de l'azote produit par la réaction s'écoule spontanément.

Il ne reste plus qu'à rétablir l'instrument dans la position primitive pour lire, au bout de quelques instants, au point d'affleurement du liquide sur l'échelle graduée, le chiffre de l'urée par litre d'urine.

Nota. — Si l'on veut tenir compte de l'influence de la température et de la pression, il suffit de faire immédiatement un nouveau dosage, en employant au lieu d'urine 1 cc. d'une solution à 1 gr. 80 °/₀ de chlorhydrate d'ammoniaque pur (correspondant à une solution d'urée à 1 °/₀).
Soit alors N le chiffre obtenu en opérant sur l'urine, n le chiffre obtenu en opérant sur la solution de sel ammoniac, le chiffre après correction x est donné par la formule $x = \frac{10\ N}{n}$

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de Médecine. — M. Fournier étudie les moyens de prophylaxie de la syphilis. D'après cet auteur le moyen le plus efficace est la thérapeutique bien appliquée et facilitée aux malades.

Société de Biologie. — M. Tuffier. L'injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne donne une analgésie complète des membres inférieurs.

Société de Neurologie. — M. Dejerine a pu examiner anatomiquement le nerf radial d'une femme atteinte de paralysie radiale par compression. Il n'y avait pas de dégénérescence wallérienne.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le jeudi 16 novembre, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre d'anatomie, a eu lieu **la distribution des récompenses aux lauréats de l'année scolaire 1898-1899.** Le corps des professeurs et agrégés en robe était presque au complet autour du doyen, M. de Lapersonne, qui présidait cette cérémonie, que M. Margottet, recteur, avait bien voulu honorer de sa présence. Les élèves n'avaient répondu qu'avec timidité à cette solennité intime, où chacun, maîtres et élèves, se sentait chez soi ; simplicité et cordialité, tel a été le caractère de cette cérémonie. Nous avons plaisir à féliciter nos étudiants de l'exemple de calme qu'ils ont donné ce jour-là.

En ouvrant la séance, M. de Lapersonne a prononcé l'allocution suivante :

Monsieur le Recteur,
Messieurs,

L'assemblée de la Faculté a décidé cette réunion pour procéder à la distribution des prix et médailles, décernés dans les deux sections de médecine et de pharmacie, pendant la dernière année scolaire. Par une touchante pensée, dont nous la remercions bien vivement, l'Association des anciens internes proclamera en même temps les prix de l'internat, qui ont été sa première création.

Il nous a paru que c'était, pour les lauréats de nos concours, une nouvelle récompense bien méritée de recevoir, devant l'Assemblée générale des maîtres et des élèves, vos félicitations en même temps que les nôtres. Entre camarades vous savez donner des appréciations ordinairement très justes sur les concurrents et souvent, trop souvent peut-être, vous désignez à l'avance celui qui doit arriver le premier. Puisque nous sommes en famille, permettez-moi de vous dire qu'il y a là un petit écueil à éviter. Si ces jugements prématurés font honneur à votre bonne camaraderie et à cette générosité de cœur, qui est une des plus belles qualités de votre âge, ils ont le grave inconvénient de diminuer beaucoup votre émulation et vous empêchent d'aborder les concours. C'est ce que vous dira

tout à l'heure M. le professeur agrégé VERDUN, dans son rapport sur les prix de fin d'année.

Messieurs, voulant conserver à cette séance un caractère tout intime, je ne vous parlerai pas de la situation et des travaux de la Faculté, de ce que vos maîtres ont fait et continueront à faire, avec leur dévouement habituel, pour développer et rendre plus profitables pour vous les ressources de notre enseignement. Mais il est de mon devoir de vous rappeler ici, en quelques mots, les joies et malheureusement aussi! les peines, qui ont marqué pour nous la dernière année scolaire.

Au mois de décembre dernier, nous avons eu la douleur de perdre un de vos maîtres qui, par la haute conscience qu'il avait de ses devoirs et par son active bonté, a le plus honoré la Faculté. Le professeur LOTAR faisait partie de l'ancienne Ecole, avant d'être attaché à la Faculté; il professait la pharmacie depuis 33 ans. Dans cette longue période, il a élevé de nombreuses générations de pharmaciens; je dis élevé, car, avec une grande sûreté de jugement, il pensait que, dans un enseignement qui est pour ainsi dire l'aboutissant de toutes les études pharmaceutiques, il ne devait pas se borner à faire des leçons théoriques. Son rôle d'éducateur était plus haut, aussi ne manquait-il jamais l'occasion de donner à ses élèves les plus sages conseils sur la dignité et la correction professionnelles, dont il avait donné l'exemple dans toute sa carrière.

Au maître que nous avons eu la douleur de perdre, nous associons les élèves si prématurément enlevés, MM. BURET et HOUZÉ, étudiants en médecine, M. HEMERY, étudiant en pharmacie. C'est à leurs amis, c'est à leurs malheureuses familles que nous adressons l'expression de nos respectueuses condoléances, car s'ils ont eu à peine le temps de connaître les tristesses de la vie, ils ont laissé derrière eux de douloureux regrets. En est-il beaucoup de plus cruels que ceux de malheureux parents voyant disparaître, avec leur enfant, le fruit de toute une éducation et de pénibles sacrifices.

Messieurs, deux de vos maîtres ont quitté la Faculté, appelés à d'autres fonctions. M. MONIEZ, professeur d'histoire naturelle, a été, sur sa demande, nommé inspecteur d'Académie, en résidence à Paris. Ce n'est pas sans de vifs regrets que nous nous sommes séparés d'un collègue, dont les travaux scientifiques et l'enseignement ont jeté un vif éclat sur une des chaires de la Faculté. Nous lui souhaitons, dans la carrière administrative qu'il a embrassée, tous les succès qu'il a eus comme professeur.

M. COUSIN, depuis quelques mois seulement agrégé d'anatomie, a été nommé professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. Il avait désiré très vivement retrouver dans cette ville sa famille et d'anciennes amitiés.

Permettez-moi, Messieurs, d'adresser à quelques-uns de vos maîtres, qui ont reçu des distinctions honorifiques, vos sincères félicitations, en même temps que les miennes.

Le professeur CALMETTE a été promu officier de la Légion d'Honneur. C'est la juste récompense de ses beaux travaux et de son grand dévouement à la science, dont il a donné de si nobles preuves.

Le professeur DEBIERRE a reçu tout récemment, de M. le Ministre du Commerce, la croix de chevalier de la Légion d'Honneur, en qualité d'adjoint au maire de Lille, pour services rendus à l'enseignement.

MM. BAUDRY et PHOCAS ont été promus officiers de l'Instruction publique ; MM. CHARMEIL et OUI ont reçu les palmes académiques.

Que tous mes collègues, que je ne puis nommer, veuillent bien m'excuser de ne point donner ici la liste complète des distinctions diverses et des nominations, qui sont venues récompenser leurs travaux et leur dévouement à l'enseignement. La liste en serait trop longue, mais ils savent combien nous applaudissons de tout cœur à leurs succès.

Parmi ces nominations j'en veux cependant citer deux, parce qu'elles concernent des anciens élèves de la Faculté, hier encore vos camarades. M. D'HARDIVILLIER a été nommé professeur d'Histologie à l'Ecole d'Amiens; M. LABARRIÈRE, à la suite d'un concours, a été nommé professeur adjoint d'anatomie à la même École. La Faculté, qui compte déjà parmi ses maîtres, plusieurs de ses anciens élèves, sera toujours très heureuse d'enregistrer de tels succès et d'adresser ses cordiales félicitations à ces jeunes collègues.

Ce sont là, Messieurs, des exemples que nous serons toujours enchantés de vous voir suivre. Mais quelle que soit la situation que l'avenir vous réserve, quelles que soient vos ambitions, rappelez-vous que vous nous trouverez toujours prêts à vous aider de nos conseils. Ne craignez jamais de venir auprès de nous, avec la plus entière confiance, pour nous faire part de vos aspirations, de vos doutes comme de vos espérances. C'est l'avantage des Facultés relativement peu nombreuses comme la nôtre, de mettre les élèves sans cesse en contact avec les maîtres. Ce n'est jamais en vain que vous ferez appel au dévouement de vos professeurs.

Souvenez-vous que vous êtes nos disciples dans le sens le meilleur et le plus cordial du mot.

Puis, M. le professeur agrégé VERDUN a lu son rapport sur les prix de fin d'année et M. le doyen a remis à chaque lauréat sa médaille et les volumes à lui attribués.

Voici la liste officielle des récompenses :

Section de Médecine :

1re *année :* Prix : M. DANCOURT (Charles), né le 13 février 1880, à Cambrai.

2e *année :* Prix : M. SPINNEWYN (René), né le 6 octobre 1877, à St-Pierre (Pas-de-Calais). — Mention honorable : M. DEBEYRE (Albert), né le 1er mai 1877, à St-Pierrebrouck (Nord).

3e *année :* Prix : M. CHANCEL (Paul), né le 18 octobre 1876, à Etréaupont (Aisne). — Mention honorable : M. LESNE (Charles), né le 10 novembre 1875, à Solesmes (Nord).

4e *année :* Prix : M. DUVIVIER (Léon), né le 21 février 1876, à St-Amand (Nord).

Prix de thèses : 1er prix : M. le Dr MOUTON (Gustave), né le 26 juin 1874, à Douai (Nord). — 2e prix : M. le Dr CHATELIN (Jules), né le 31 août 1871, à Bray (Somme). — Mentions honorables : M. le Dr CASTELLANT (Jules), né le 3 avril 1870, à Ansauvillers (Oise); M. le Dr CAUMARTIN (Abel), né le 13 octobre 1870, à Regnière-Ecluse (Somme); Mlle BERNSON (Dweira), née le 3 janvier 1871, à Brest Litewki (Russie).

Section de Pharmacie :

1re *année :* Prix : M. RICHEZ (Georges), né le 6 juin 1877, à Hénin-Liétard (Pas-de-Calais).

2e *année :* Le prix n'a pas été décerné.

3e *année :* Prix : M. LEFÈVRE (Jules), né le 25 septembre 1874, à Fesmy (Aisne). — Mention honorable ; M. LAURENT (J.-B.), né le 27 novembre 1874, à Chenois-et-Aubencourt (Ardennes).

Prix Cazeneuve. — Prix : M. RAVIART (Georges), né le 16 juillet 1875, à St-Amand (Nord).

Prix de la Société des Amis de l'Université. — Prix : M. RAVIART (George), déjà nommé.

Prix de la Société des anciens internes des hôpitaux de Lille. — Prix de médecine : M. DUBOIS, interne à Saint-Sauveur. — Prix de chirurgie : M. LAMOTE, interne à Saint-Sauveur.

NOMINATIONS ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Nous apprenons avec plaisir que M. VANRYCKE, notre si dévoué aide-bibliothécaire, vient, par arrêté ministériel du 7 courant, d'être nommé sous-bibliothécaire à l'Université de Lille, section de médecine : juste récompense de ses déjà longs services. Nous lui adressons à cette occasion les bien vives félicitations de l'*Echo médical du Nord.*

— M. le Dr CHATELAIN, de Denain, vient d'obtenir, de M. le Ministre de l'Intérieur, **la médaille de bronze des épidé-**

mies, pour le dévouement qu'il a montré en soignant les diphtériques, pendant 18 mois, au pavillon de la diphtérie de l'hôpital Saint-Sauveur.

— Par diverses décisions rectorales, ont été nommés :

— M. Lambert, aide-préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Rivière, démissionnaire.

— M. Deblock, aide-préparateur de botanique, en remplacement de M. Lepot, démissionnaire.

— M. Debeyre, aide-préparateur d'histologie, en remplacement de M. Jouvenel, appelé à d'autres fonctions.

— M. Hecquet, aide-préparateur de chimie minérale, en remplacement de M. Lenoir, démissionnaire.

— M. Javitz, délégué aux fonctions d'aide-préparateur de physique.

— M. Dubois a été prorogé d'un an dans ses fonctions de moniteur des travaux pratiques de physiologie.

— M. Jouvenel est nommé chef des travaux pratiques d'histologie, en remplacement de M. le docteur d'Hardivillier, nommé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Bué est prolongé d'un an dans ses fonctions de chef de clinique obstétricale.

Par décret en date du 5 Novembre, M. le médecin-major de 2e classe Ulliel est désigné pour le 84e d'infanterie, à Avesnes.

Distinctions honorifiques

Officier de l'instruction publique. — A été nommé : M. le docteur **Dupau**, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Mérite agricole. — M. le docteur **Hantraye**, d'Avanches, vient d'être promu au grade d'officier.

La médaille d'honneur des épidémies est décernée : *argent*, à M. le docteur **Le Moaligou**, de Quimperlé; *bronze*, M. le docteur **Boyer**, médecin sanitaire maritime.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Coussodière, de Flayagues (Gironde); Rouges, de Saint-Loubès (Dordogne); Maucotel, de Mirecourt (Vosges); Loupy, de St-Renan (Finistère); Peteaux, de Vaux-Audigny (Aisne); Lethiais, d'Auffay (Seine-Inférieure); Robinet, conservateur de la bibliothèque Carnavalet, à Paris; Calès, ancien député, directeur de l'asile d'aliénés de Bordeaux; Bodeau, de Niort (Deux-Sèvres); Hervé du Castel, médecin principal de la marine en retraite; Maincourt, de Rue (Somme); Dauby, ancien directeur de l'asile d'Aix en Provence; Désormaux, de Paris; Garaix, de Mazenc-les-Bains (Drôme); Pellet, de Roquebrune (Var); Rives, de Paris.

Dubus, de La Bassée (Nord). Nous adressons à la famille de notre confrère l'expression de nos bien vives condoléances

Benoist, externe des hôpitaux de Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

44e et 45e semaines, du 29 octobre au 11 novembre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	7
3 mois à un an	12	9
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	2	4
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	9	11
40 à 60 ans	7	16
60 à 80 ans	16	19
80 ans et au-dessus	5	6
Total	67	78

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	12
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	6	15	30
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	5	1	3	»	»	3	»	»	»	2	»	7	23	34
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	3	3	6	»	»	6	»	»	»	»	»	5	25	54
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	3	»	2	»	»	1	1	»	»	»	»	9	18	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	2	1	3	»	»	6	»	»	»	»	»	3	18	22
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	3	10	14
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	6	10	14
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	4	1	»	»	»	»	6	15	40
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	10
Total	»	»	»	»	1	2	»	11	16	8	23	»	»	29	2	»	1	2	»	50	145	248

N° 150. Troisième Année, N° 48. Le Numéro : **10** centimes. 26 Novembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à l'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1er janvier.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de gastroentérostomie datant de dix-neuf mois.

Par MM. les Professeurs **L. Dubar** et **H. Surmont.**

Les opérations de gastroentérostomie sont loin d'être rares à l'heure actuelle ; nous avons cependant cru intéressant d'en présenter un nouveau cas.

C'est que notre malade nous a mis à même d'observer deux phénomènes qui, bien que déjà connus, nous paraissent mériter d'être mis encore en lumière, à savoir ; d'une part avec le retour rapide des forces, un accroissement de poids qui a dépassé de beaucoup ce que l'on observe habituellement, d'autre part un rétablissement très incomplet des fonctions de l'estomac coïncidant avec une transformation totale de l'état général. L'opération datant de dix-neuf mois, notre observation présente de ce fait un intérêt plus considérable.

OBSERVATION. — Le nommé L..., François, âgé de 41 ans 1/2, accuse depuis longtemps divers troubles gastriques, mais depuis environ trois mois, avant son entrée au pavillon Victor Olivier (15 septembre 1897), il souffre davantage et a en particulier des vomissements fréquents. De l'apparition de ces vomissements, datent l'amaigrissement et la perte de forces qui l'ont décidé à se faire soigner.

Antécédents héréditaires. — Mère octogénaire, bien portante, mais présentant cependant quelques troubles digestifs mal définis. Père mort à 50 ans d'un cancer de l'estomac. Sœur morte à 46 ans d'un cancer de l'utérus. Un frère est mort d'apoplexie à 42 ans. Deux autres frères sont actuellement vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — A l'âge de 14 ans, le malade a eu une variole légère ; il prétend n'avoir eu aucune autre affection.

L.. fait le service des messageries entre Lille et un certain nombre de communes du voisinage ; dans l'exercice de cette profession, il a pris depuis de longues années l'habitude de nombreux excès de boisson. Buvant beaucoup de bière, de genièvre et de vin, il mangeait peu et à des intervalles fort irréguliers ; presque aussi loin que l'on remonte dans ses antécédents, l'on trouve des troubles dyspeptiques symptomatiques d'une gastrite alcoolique (pituite matinale, inappétence absolue, pyrosis, gène et douleurs épigastriques après les repas). Malgré ces troubles dyspeptiques, le malade était très corpulent: la dernière pesée pratiquée avant sa maladie donnait un poids de 102 kilos, pour une taille de 1 m. 68 environ. Notons qu'à aucun moment, le malade n'a accusé de vomissements de sang, ni de selles noires et qu'il ne paraît jamais avoir présenté de signes d'ulcère de l'estomac.

Vers le 15 juillet 1897, L... a commencé à vomir,

les vomissements étaient alimentaires et se produisaient peu de temps après le repas ; en même temps existait un peu de diarrhée et de ténesme rectal.

Vers le 15 septembre, le malade entre pour la première fois au pavillon VICTOR OLIVIER ; traité par des lavages de l'estomac et mis au régime lacté, il est suffisamment amélioré au bout d'un mois pour demander à sortir, bien qu'il soit encore incommodé par une constipation opiniâtre et des hémorrhoïdes saignantes.

Deux mois plus tard, le malade rentre de nouveau, ayant des vomissements très fréquents, une constipation opiniâtre et des douleurs assez fortes à l'épigastre. Traité à nouveau par des lavages et nourri par le tube de FAUCHER avec du lait et des œufs, le malade se sent mieux et le 5 décembre demande une nourriture plus abondante. On l'autorise à prendre un peu de viande ; il en profite pour boire du vin, du café, du cognac ; les vomissements réapparaissent.

Le 14 décembre, l'un de nous (M. SURMONT) voit le malade pour la première fois ; il a eu des vomissements pendant toute la nuit précédente. Ces vomissements contiennent du lait et des œufs absorbés l'avant-veille. Un lavage de l'estomac permet de retirer plusieurs litres de liquide exhalant une odeur pénétrante d'acide butyrique contenant de nombreux débris alimentaires mais pas de bile. Il faut pour obtenir un liquide un peu propre, utiliser à ce premier lavage 15 litres d'eau bouillie.

L'estomac est dilaté et descend à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A la palpation, on a dans la région pylorique une sensation de résistance vague ; une fois l'estomac vidé, le ventre est plat, rétracté, en bateau : il est peu sonore à la percussion. La palpation fait percevoir une résistance qui rappelle un peu celle que donne un ventre de cholérique. La constipation est opiniâtre et la vacuité de l'intestin s'explique aisément par la rétention gastrique. De l'huile de ricin et un lavement purgatif absorbés la veille et l'avant-veille n'ont été suivis d'aucun résultat.

Le foie petit, rétracté, mesure 8 centim. de hauteur à la percussion sur la ligne axillaire droite antérieure, 6 centim. 1/2 sur la ligne mammaire droite ; on ne le perçoit plus nettement à gauche de la ligne médiane.

Les urines sont rares, fortement acides, chargées d'acide urique ; analysées le 15 décembre, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine ; leur volume est de 950 cc., leur densité 1.020 ; elles contiennent de l'urobiline en quantité notable.

L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal ; le pouls est petit, faible, mais régulier ; rien à noter du côté de l'appareil broncho-pulmonaire qu'un peu d'obscurité respiratoire aux deux bases.

Il n'y a pas d'œdèmes ; les téguments ont une teinte jaunâtre, un peu hémaphéique. Il n'y a pas d'ictère, pas de teinte jaune paille.

L'étude des antécédents du malade et les signes constatés jusqu'ici permettent tout d'abord d'affirmer l'existence d'une gastrite catarrhale chronique alcoolique très ancienne, caractérisée depuis longtemps par de l'inappétence, du pyrosis, de la gêne et des douleurs épigastriques après les repas ; mais il est évident que depuis six mois la situation s'est aggravée par l'intervention rapide d'un facteur nouveau auquel il faut attribuer les vomissements alimentaires survenus depuis lors et l'amaigrissement considérable qui en a été la conséquence.

Ce nouveau facteur c'est l'obstruction pylorique révélée par les vomissements alimentaires abondants et le rejet constaté hier d'aliments pris l'avant-veille, plus encore par les résultats de l'exploration de l'estomac par la sonde qui a démontré le séjour prolongé et la fermentation dans cet organe des aliments ingérés. Au reste les résultats de la palpation de la région pylorique montrent l'existence d'une induration évidente et l'absence de bile dans le contenu de l'estomac indique que l'obstruction siège en deçà de l'ampoule de VATER.

Reste à faire le diagnostic plus précis de la nature de la sténose pylorique ; pour cela un examen approfondi est nécessaire et le malade est mis quelques jours en observation. Le traitement prescrit est le suivant :

A huit heures du matin et à cinq heures du soir, lavage de l'estomac à l'eau bouillie ; chaque lavage sera suivi de l'ingestion de 200 grammes de viande crue rapée et passée, en suspension dans l'eau (quantité correspondant à 400 gr. de viande). En raison de l'énorme fermentation butyrique constatée, le lait et tous autres aliments sont suspendus. La constipation sera combattue à l'aide de lavements.

Le 15, garde-robe obtenue grâce au lavement.

Le 17, le malade se sent mieux ; les lavages ont fait cesser les vomissements et les lavements ont provoqué une selle chaque jour. Le liquide retiré par la sonde de l'estomac est beaucoup moins fétide par suite des six grands lavages à l'eau bouillie pratiqués jusqu'ici. Il semble qu'une partie de la viande soit absorbée. Néanmoins à partir d'aujourd'hui on ajoute au traitement deux lavements nutritifs quotidiens composés de lait, peptone et œufs crus.

Avant le lavage de ce matin, on retire par la sonde 825 cc. de liquide trouble roussâtre dont l'extraction, rendue difficile par l'atonie de l'organe, nécessite l'emploi de la pompe de POTAIN.

Le liquide extrait de l'estomac a une odeur faible, il filtre très difficilement, laissant sur le papier une substance brune homogène, qui n'est autre que de la viande ayant subi un commencement de digestion, et une matière blanc verdâtre crémeuse formée de mucosités. On ne trouve pas de débris de tissus.

Le filtrat présente au tournesol une réaction acide, mais n'impressionne ni le rouge Congo ni le réactif de GÜNZBOURG ; il ne contient donc pas d'HCl libre, constatation confirmée par les résultats de l'analyse selon le procédé de WINTER. L'acidité totale est de 0,127 pour 100 cc. ce qui est un chiffre évidemment très peu élevé pour un malade n'ayant ingéré que de la viande depuis trois jours.

Le procédé de WINTER donne les résultats suivants :

$T = 0{,}520$	$H = 0$
$F = 0{,}456$	$C = 0{,}064$
$\frac{T}{F} = 1{,}1$	$\alpha = 1{,}9$

Il existe une quantité appréciable d'acide lactique

et d'acide butyrique. Le filtrat précipité par la chaleur, l'alcool et l'éther, donne avec la réaction du biuret, une coloration violette ; la digestion des matières albuminoïdes est par conséquent très peu avancée. Quant aux matières amylacées, il n'en existe pas dans l'estomac. Le liquide n'agit ni sur la liqueur de FEHLING, ni sur l'eau iodoiodurée. Le labferment est en quantité normale. Il n'existe pas de bile. On ne trouve pas de sang.

Le 19, on pratique une nouvelle analyse du contenu de l'estomac après ingestion d'un repas d'épreuve d'EWALD. Le lavage ayant précédé le repas d'épreuve d'EWALD a, par suite de l'atonie de l'organe qui rend toujours difficile l'extraction des dernières portions de liquide, laissé dans l'estomac environ 150 cc. d'eau ; de sorte qu'au bout d'une heure le contenu de l'estomac est de 560 cc. Le liquide gastrique a une légère odeur aigrelette, contient une grande quantité de mucus, des traces d'acide acétique et d'acide butyrique. Il n'agit pas sur le réactif de GÜNZBOURG ; le rouge Congo donne une coloration violette ; la réaction acide au tournesol est faible.

$$A = 0{,}031$$

$$T = 0{,}01752 \qquad H = 0$$

$$F = 0{,}01095 \qquad C = 0{,}00657$$

$$\frac{T}{F} = 1{,}5 \qquad \alpha = 4{,}8$$

La chaleur produit un louche dans le liquide qui n'agit pas d'une façon sensible sur le biuret. La liqueur de FEHLING est réduite et la liqueur iodoiodurée prend une teinte rouge. Il n'y a pas de bile dans le liquide, ni d'hémoglobine.

En résumé, l'exploration de l'estomac avec la sonde confirme l'existence de la dilatation constatée par l'examen physique et en démontre l'importance par l'abondance des liquides gardés dans l'estomac. L'absence d'agitation péristaltique, non signalée à l'observation, comme on a pu le voir, et si facile à constater dans le cas de rétrécissement accusé chez des sujets aussi amaigris que notre malade, faisait prévoir l'existence d'un haut degré d'atonie gastrique. La difficulté d'amorcement de la sonde et la nécessité de recourir à la pompe pour l'extraction en donnent une démonstration complète.

L'examen des résidus gastriques et du repas d'épreuve d'EWALD, vient aussi apporter un contingent de renseignements importants en montrant l'existence d'un catarrhe considérable de l'estomac, avec atrophie à peu près complète des glandes, se traduisant par une apepsie presque absolue. Etant donnés les antécédents personnels du malade, il n'est pas douteux que ce catarrhe ne soit très ancien et d'origine alcoolique.

Le diagnostic de catarrhe chronique alcoolique de l'estomac, compliqué de sténose du pylore, peut donc être posé en toute certitude.

Reste à élucider la nature de cette sténose. A cet égard, le problème est délicat. La palpation révèle dans la région pylorique une induration, dont les caractères sont trop peu nets pour permettre un diagnostic précis. Il est nécessaire de procéder par exclusion pour limiter la question.

Nous pouvons exclure d'abord la maladie de REICHMANN et les spasmes du pylore, qui ne se rencontrent que chez les hyperpeptiques ; nous pouvons éliminer aussi les sténoses consécutives aux déplacements de l'estomac toujours moins graves et moins complètes et surtout moins rapides dans leur évolution que celle observée chez notre sujet, dont l'estomac n'est au reste pas déplacé ; nous pouvons encore écarter l'obstruction par un corps étranger dont il ne peut être question ici Aucune lésion d'organes voisins ne nous amène à songer à une obstruction d'ordre extrinsèque : le champ des hypothèses se réduit ainsi progressivement à la périgastrite, au cancer, à un épaississement de la région pylorique par un ulcère en voie d'évolution ou de cicatrice. La périgastrite ne pouvant guère être dans le cas particulier qu'une complication d'une gastrite ulcéreuse, il reste en fin de compte à choisir entre le cancer et l'ulcère.

Les signes qui plaident pour le cancer sont : la présence d'une tuméfaction dans la région pylorique, le développement de symptômes de sténose sans cause occasionnelle appréciable ; les résultats de l'exploration chimique de l'estomac peuvent aussi, jusqu'à un certain point, être invoqués en faveur de cette hypothèse ; enfin, comme on l'a vu, les antécédents héréditaires du sujet sont fort chargés au point de vue du cancer.

Mais il n'existe pas d'adénopathie sus-claviculaire ou inguinale ; les troubles du chimisme stomacal s'expliquent suffisamment par la longue durée de la gastrite alcoolique, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un facteur nouveau. Le malade ne présente pas la teinte jaune paille caractéristique, sa déchéance organique est fonction de l'obstruction du pylore, et non de la nature de l'obstacle. Enfin il n'y a jamais eu d'hématémèses, ni de meloena. Il semble donc impossible d'affirmer l'existence d'un cancer du pylore.

Pouvons-nous affirmer au contraire l'existence d'un ulcère ? Pas davantage, car le chimisme est contre l'hypothèse d'un ulcère ; mais nous pourrions avoir affaire à des ulcérations multiples comme on en voit dans la gastrite des alcooliques. Les douleurs constatées ne sont pas celles de l'ulcère, mais bien celles de l'obstruction pylorique, et les lavages de l'estomac ont suffi à les faire cesser. Enfin n'oublions pas qu'il existe une tuméfaction fort appréciable au niveau de la région pylorique et qu'en admettre la nature ulcéreuse serait admettre en même temps qu'il s'agit d'un ulcère très ancien devenu calleux et resté latent jusqu'il y a six mois, hypothèse que rien de ce que nous savons des antécédents de notre malade ne nous permet d'affirmer.

Certaines raisons plaident, on le voit, en faveur de l'hypothèse du cancer, tandis que d'autres non moins bonnes tendent plutôt à faire croire à l'existence d'un ulcère : l'une et l'autre de ces affections pouvant du reste demeurer latentes jusqu'au moment où elles se traduisent par le rétrécissement du pylore

Dans ces conditions il est sage de laisser à l'inter-

vention chirurgicale le soin d'éclaircir définitivement le diagnostic ; cette temporisation a d'autant moins d'inconvénients que le traitement de choix est le même dans les deux cas. Ulcéreux ou cancéreux, le pylore est obstrué et s'il n'est pas porté remède rapidement, le malade ne tardera pas à succomber. Son amaigrissement (poids tombé à 57 kilos, vêtements compris) et la diminution de ses forces, ne laissent aucun doute à cet égard, aussi n'hésitons-nous pas à demander à M. le Professeur DUBAR de pratiquer la gastro-entérostomie.

L'opération a lieu le 28 décembre 1897, une incision médiane est faite à la paroi depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. L'estomac reconnu est suivi jusqu'au voisinage du pylore, qui est épaissi, induré, relié à la face inférieure du foie par des adhérences. L'épiploon gastro-hépatique renferme des ganglions assez volumineux, des plaques calleuses vont de cet épiploon et du pylore jusque sur la petite courbure de l'estomac, en sorte que le tout forme un bloc dur et fixe. Après avoir sectionné quelques adhérences, il est manifeste que le pylore ne peut être libéré. Aussi l'idée d'une pylorectomie est écartée et on procède sans plus tarder à une gastro-entérostomie.

On exécute la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique par le procédé de VON HACKER Le grand épiploon est sectionné largement au-dessus de la grande courbure. Le doigt indicateur est introduit dans l'arrière-cavité des épiploons en arrière du côlon transverse ; il arrive en bas sur le même feuillet du mésocôlon transverse qui se laisse facilement effondrer. Le doigt passant à travers cette boutonnière est porté à gauche, reconnaît l'extrémité inférieure de la rate, puis est ramené vers la ligne médiane. Il accroche un cordon vasculaire, formé par les vaisseaux mésentériques supérieurs Ce cordon se sent facilement et se voit en relevant le grand épiploon. L'anse intestinale qui croise le cordon vasculaire est la première portion du jéjunum Cette anse d'intestin grêle est attirée dans la plaie au voisinage de la face postérieure de l'estomac et y est largement anastomosée au moyen de trois rangs de suture à points séparés à la soie : le plus extérieur séro-séreux, le moyen séro-musculeux, le dernier muco-muqueux. Quelques points au catgut ferment les orifices pratiqués à la grande cavité des épiploons. La plaie pariétale est suturée et un pansement iodoformé est appliqué sur la plaie.

Les diverses explorations faites au cours de l'opération n'ont pu nous renseigner d'une façon certaine sur la nature de la lésion. Il nous a semblé cependant qu'il y avait plus de probabilité pour des épaississements inflammatoires chroniques que pour un néoplasme du pylore.

Les suites opératoires sont simples et le malade peut s'alimenter rapidement. Il n'a eu après l'opération qu'un seul vomissement bilieux. Dès que l'alimentation est possible, un véritable changement à vue se produit dans l'aspect du malade, les forces reviennent et dans les six premières semaines le poids augmente d'environ 10 kilos.

Le 4 février, l'exploration de l'estomac donne les résultats suivants : l'organe, un peu diminué de volume, ne dépasse plus guère l'ombilic que d'un travers de doigt environ. Sa motilité est beaucoup meilleure ; au bout d'une heure on ne retire plus que 135 cc. de liquide grisâtre, à odeur faible, contenant en suspension du pain dont la digestion est assez avancée et une quantité de mucus beaucoup moindre que dans les précédents examens. Le liquide contient encore des traces d'acide butyrique, mais pas d'acide acétique, ni d'acide lactique ; on n'y trouve pas non plus d'HCl libre. Le réactif de GÜNZBOURG, le réactif de BOAS, le rouge Congo, le procédé de WINTER donnent des résultats concordants. L'acidité totale est de 0,069.

Dans le procédé de WINTER on trouve :

T = 0,248	H = 0
F = 0,146	C = 0,66
$\frac{T}{F}$ 1. 9	.. = 0,66

La digestion des matières albuminoïdes ne se fait pas encore très bien : la chaleur et l'alcool produisent un louche dans le liquide et la réaction du biuret donne une teinte violette peu marquée. La liqueur de FEHLING est réduite. Il existe du ferment lab en petite quantité.

En résumé, six semaines après l'opération, on trouve, avec un amendement très notable de l'état général, une amélioration nette des fonctions motrices de l'estomac et, semble-t-il, une légère tendance au réveil des fonctions glandulaires. L'amélioration se continue pendant les semaines qui suivent, et le malade retourne bientôt à ses affaires.

Un an après l'opération, le malade pesait 190 livres, ayant ainsi regagné 38 kilos.

Le malade est revu en juillet 1899 (1), c'est-à-dire dix-neuf mois après l'opération. Il a repris sa vie d'autrefois et, il faut l'avouer, une partie de ses habitudes d'alcoolisme Il digère cependant très bien, sauf qu'il a de temps en temps un peu de gêne épigastrique après les repas. L'estomac, encore grand, déborde l'ombilic de deux travers de doigts, à jeun ; il se vide d'une manière imparfaite comme le montre l'exploration directe avec la sonde, mais se vide cependant car on n'y trouve plus d'aliments le matin à jeun Les selles sont régulières. Le foie a repris son volume normal. Les urines, claires et abondantes, ne contiennent ni sucre, ni albumine. L'analyse d'un repas d'épreuve d'EWALD donne les résultats suivants :

Une heure après l'ingestion, on retire 91 cc. de liquide ; on en laisse dans l'estomac une certaine quantité et au bout d'une heure et demie la sonde ramène encore 26 cc.

Au bout d'une heure, le contenu de l'estomac forme une bouillie épaisse, jaunâtre, composée de mucus, de pain intact, de pain qui a subi un commencement de digestion. La filtration assez rapide laisse passer un liquide limpide, jaunâtre, sans odeur, et de consistance aqueuse. Acide au tournesol, il n'agit ni sur le

(1) Revu à la fin d'octobre 1899, au moment de l'impression de cette note, c'est-à-dire vingt-deux mois après l'opération, il est dans le même état qu'en juillet.

rouge Congo, ni sur le réactif de Günzbourg, ni sur le réactif de Boas.

Après une heure et demie, au contraire, le liquide obtenu après filtration est très trouble, jaune verdâtre, d'odeur désagréable et de consistance huileuse. Les réactions de Gmelin et de Pettenkofer y révèlent les pigments et les acides biliaires qu'on n'y trouve pas au bout d'une heure. L'acidité au tournesol a diminué; la recherche de l'HCl par les trois réactifs cités plus haut est toujours négative.

En somme, on voit que 19 mois après l'opération, la sécrétion acide de l'estomac est encore fort inférieure à la normale; l'HCl libre, en particulier, n'a pas reparu. La motricité est améliorée, mais le séjour des aliments dans l'estomac reste assez prolongé. Il se produit un certain antipéristaltisme pouvant amener un peu de bile dans l'estomac, car la faible quantité de ce liquide constatée au bout d'une heure et demie ne permet pas d'admettre l'existence d'un circulus viciosus.

L'acidité totale est de 0,102 au bout d'une heure; elle n'est plus que de 0,029 au bout d'une heure et demie; des traces d'acide acétique et d'acide lactique constatées par les réactions qualitatives expliquent en partie cette acidité, car HCl libre manque totalement et le procédé de Winter donne pour HCl combiné 0,087 au bout d'une heure et 0,021 au bout d'une heure et demie.

En somme, si l'on compare les résultats des analyses du 13 juillet 1899, et du 4 février 1898 (six semaines après l'opération), on trouve qu'il n'y a pas eu un progrès bien notable au point de vue des fonctions chimiques de l'estomac.

Notre observation nous a paru mériter d'être relatée en particulier à cause de l'énorme accroissement de poids qui a suivi l'opération; si des gains de quinze ou vingt kilos ne sont pas rares, un gain de trente-huit kilogrammes constitue en soi un fait curieux et exceptionnel.

Pour le reste, notre observation met bien en relief certains faits qui, pour être actuellement bien connus de ceux qui s'occupent des affections de l'estomac et de leur traitement chirurgical, n'en méritent pas moins encore à notre avis d'être signalés à l'attention du public médical. Il en est ainsi de l'impossibilité qu'il peut y avoir dans certains cas, comme dans le nôtre, à établir, même au cours de l'intervention chirurgicale et de visu, la nature inflammatoire ou néoplasique des lésions pyloriques et péripyloriques; seules la marche de l'affection et l'intégrité actuelle de la santé de notre sujet nous amènent à croire à la nature inflammatoire des altérations peu caractéristiques que nous avons vues. Il en est de même du rôle énorme que joue la tare alimentaire dans la genèse des accidents symptomatiques de la sténose pylorique. Une fois le cours des matières assuré, la constipation disparaît, les douleurs et les vomissements cessent, l'appétit et les forces reviennent et la suppléance intestinale permet au malade de se rétablir avec une musculature stomacale restée atone et une sécrétion tout à fait insuffisante. Ce n'est pas là un des moindres enseignements dont la pathologie médicale est redevable aux progrès de la chirurgie des organes.

Luxation irréductible du coude. — Résection

Par le médecin principal **Moty**,
professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le maréchal-des-logis L.... fait, le 5 juillet, une chute de cheval et se luxe le coude gauche en arrière; la luxation présente ses symptômes habituels, mais il y a, en outre, une crépitation osseuse manifeste; plusieurs tentatives de réduction par la méthode de douceur, c'est-à-dire l'avant-bras en supination et incliné à 135° sur le bras, et le chirurgien agissant soit par traction, soit par propulsion, soit par les deux associées, sans le secours d'appareils, restent sans résultat, en ce sens que l'olécrane redescend à sa place normale, mais se déplace de nouveau, à la première tentative de flexion, cette dernière restant d'ailleurs infructueuse.

L'épreuve radiographique indiquant la persistance de la luxation, mais n'en donnant pas l'explication, une deuxième tentative est faite sous le chloroforme et ne réussit pas mieux que les précédentes, malgré la précaution prise d'immobiliser ensuite le coude pendant quelques jours, dans une position voisine de l'extension.

Le 7 octobre, trois mois après l'accident, le malade est chloroformé; on essaie encore la réduction par la méthode de douceur après distension forcée des ligaments latéraux, mais sans résultats; la crépitation a disparu, mais les parties sont fixées dans leur position et l'olécrane ne descend plus à sa place.

Comme la flexion reste limitée à un angle de 145° à 140°, après application de la bande d'Esmarch, je pratique la résection sous-périostée de l'olécrane et de la tête du radius (*cette dernière, déformée et peu résistante*) avec la pince-gouge et par l'incision médiane postérieure de Hueter: une fois l'olécrane complètement abrasé, on aperçoit dans l'articulation, une plaque ostéo-cartilagineuse, faiblement adhérente, interposée entre la surface articulaire du cubitus et la trochlée humérale, comme un ménisque interarticulaire; on l'enlève avec de fortes pinces et la réduction se fait ensuite d'elle-même avec rétablissement immédiat des mouvements; réunion profonde au catgut, superficielle aux crins de cheval, en drain de caoutchouc.

pansement au bismuth et au sublimé, gouttière à 135°, compression. Suites simples, ablation du drain et des fils le 16, ablation de la gouttière le 20; mouvements progressifs passifs et actifs.

La pièce ostéo-cartilagineuse interarticulaire s'était polie sur ses deux faces, elle était plate, ovalaire, épaisse de cinq millimètres, longue de deux centimètres et demi et large de un centimètre et demi ; elle semblait provenir de la portion articulaire de l'apophyse coronoïde et s'interposait entre elle et la trochlée humérale, chaque fois qu'on essayait de ramener le cubitus en place.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que la radiographie n'indiquait nullement la présence de ce fragment dans l'articulation, comme il est facile de s'en rendre compte par l'examen de l'épreuve que je présente à la Société, et que je dois à l'obligeante habileté de M. le docteur Bédart.

Coprostase et Fièvre

par le docteur **G. Carrière**, agrégé,
Chef du Laboratoire des Cliniques.

Dans mon précédent mémoire sur ce sujet, j'ai cru pouvoir établir le rôle de l'auto-intoxication dans la production des accidents de la coprostase. Je me suis basé pour l'affirmer sur les arguments suivants :

1° La coprostase s'accompagne de pullulation et d'hypervirulence microbiennes.

2° Elle s'accompagne d'hypertoxicité du contenu intestinal, d'indicanurie, d'hypertoxicité urinaire. Chacun de ces arguments a été solidement étayé sur des preuves cliniques et expérimentales.

Ainsi se trouvait anéantie l'hypothèse soutenue peu de temps auparavant par M. Ingelrans. Je le croyais du moins. Il n'en est rien, puisque l'auteur a répondu à mes arguments dans un article paru à la suite de mon travail.

Je me vois donc obligé de revenir sur ces faits, mais avant d'entreprendre la critique de ce nouvel article, je crois utile de bien préciser les termes du débat.

Je le crois d'autant plus nécessaire que certains membres de la Société centrale de médecine ont eu l'air de penser que M. Ingelrans et moi soutenions en somme deux théories identiques.

Je le nie et voici comment se pose la question. J'ai affirmé et je maintiens que « *la fièvre par coprostase est due à l'action de poisons, de toxines ou de microbes, qui, absorbés au niveau de l'intestin, donnent naissance à des agents pyrétogènes qui vont agir sur les centres thermiques et produire la fièvre.* »

Si M. Ingelrans soutient aujourd'hui la même théorie, c'est qu'il a cru devoir s'y ranger depuis son article du mois de juin. A cette époque, en effet, il soutenait que l'intoxication n'était rien, la débilité nerveuse tout. C'est du moins ainsi que je traduis cette phrase : « Pourquoi donc les nouvelles accouchées font-elles de la fièvre alors que, constipées tout aussi bien durant leur grossesse, elles n'en avaient pas? » *Ce n'est pas que les poisons circulants soient en plus grande quantité, c'est que leur organisme y est plus sensible* » (*Bulletin de la Société centrale de Médecine du Nord*, 1899, p. 338). Et dans son deuxième article paru après le mien l'auteur ajoute (ce qui atténue déjà son opinion première) :

« La fatigue de l'accouchement rend certaines femmes » plus sensibles à l'action des poisons de leur intestin elles » font de la fièvre par constipation, alors que la constipa» tion est incapable d'élever la température des sujets » normaux. »

Voilà ce que je ne puis admettre :

1° La fatigue de l'accouchement est elle la cause de la débilité nerveuse qui rend l'organisme plus sensible à l'action des agents pyrétogènes ?

Non. Je n'en veux pour preuve que l'avant dernière observation de M. le docteur Oui. La fièvre, due à la coprostase, fit son apparition quinze jours après l'accouchement. On doit avouer qu'à ce moment la fatigue de l'accouchement devait être dissipée depuis longtemps déjà !

Et puis, enfin, si c'est la fatigue d'un accouchement ou d'un traumatisme opératoire (la fièvre par coprostase n'est pas rare, disent les chirurgiens, après l'hystérectomie ou l'ablation des tumeurs abdominales : d'où vient que les malades de M. Delorme, sur lesquels M. Ingelrans base son argumentation n'en aient pas présenté pour la plupart à la suite de leurs opérations ?

Ce n'est donc pas la fatigue seule de l'accouchement ou du traumatisme qui rend certaines femmes plus sensibles à l'action des poisons intestinaux.

2° La coprostase est-elle capable de donner naissance à de la fièvre chez des sujets normaux.

M. Ingelrans le nie en se basant sur un travail fort important de M. Delorme.

Je lui répondrais qu'il ne peut se baser sur ce travail pour les raisons suivantes :

1° Les sujets de Delorme ne sont pas normaux, ils ont été opérés pour des affections très diverses.

2° Ces sujets prenaient de XL gouttes à XV gouttes de laudanum par jour, ce qui fausse les résultats en ce qui nous concerne. Le laudanum n'empêche-t-il pas l'hyperthermie ou l'absorption intestinale de se produire. J'en verrais volontiers la preuve dans le fait suivant, c'est que certaines malades ayant eu « *une température au-dessus de* » *38°, une nouvelle dose de laudanum..... ramenait la tem*» *pérature à la normale* ».

3° Sur 160 malades de M. Delorme, 70 ont eu des températures oscillant entre 37 et 38° — quelquefois même au-

dessus de 38°. — Combien? Il faudrait préciser. — Car, au-dessus de 37°5 on admet généralement qu'il y a fièvre.

Une cinquantaine peut-être de ces malades ont eu de la fièvre. M. INGELRANS *n'est donc pas autorisé à écrire : « Les 160 malades de* M. DELORME *n'ont pas eu de fièvre* ». C'est un aveu que je recueille précieusement et qui me prouve la justesse de ce que j'ai avancé, à savoir que « l'hyperthermie est moins rare qu'on ne le pense dans la coprostase. »

J'ai pu en effet me convaincre que des vieillards ou des personnes normales constipées présentaient parfois de la fièvre. A ce propos, M. INGELRANS, bien que je le lui eusse spécifié à la Société centrale de Médecine, a cru devoir écrire que ces vieillards « étaient atteints de colite muco-membraneuse ». Cet oubli de rectification me semble de mauvaise lutte et de mauvais aloi. Mes vieillards, en effet, n'étaient nullement malades. Néanmoins la constipation produisait chez eux quelques poussées fébriles.

J'ai pris les températures rectales parce que je les crois moins sujettes à erreur; et je ne puis comparer ces températures rectales à la température axillaire de l'accouchée de M. OUI, comme le veut M. INGELRANS, même avec la température rectale qu'il déduit *hypothétiquement* de la température axillaire.

La comparaison ne peut se faire.

Et puis, M. INGELRANS, dans l'intérêt de sa thèse, vient précisément se baser sur le cas où la température a été le plus élevé, affirmant qu'on ne peut comparer les élévations thermiques légères de mes vieillards avec celle des accouchées de M. OUI. Il oublie que dans les trois autres cas, elle n'était que de : 39°, 38°5, 38°. La température rectale de mes vieillards était de : 38°5, 38°7, 38°9. La différence n'est donc pas énorme et je puis dire que des *sujets normaux peuvent avoir de la fièvre tout aussi bien que des accouchées.*

Il résulte de ces trois objections que le mémoire de M. DELORME *dont* M. INGELRANS *fait la pierre angulaire de son argumentation ne peut pas servir en l'espece, bien plus qu'il vient appuyer certaines de mes conclusions.*

La même objection peut s'adresser au travail de M. le professeur BOUCHARD, à l'ombre duquel s'abrite M. INGELRANS. Il s'agit en effet en ce cas de fébricitants ou de convalescents d'une pyrexie. Peut-on les comparer à des sujets normaux, à des opérés, à des femmes qui viennent d'accoucher?

Evidemment non. Leurs centres thermiques, en effet, viennent de subir une première atteinte de la fièvre. Cette première atteinte ne les prédispose-t-elle pas à une seconde atteinte de la part des agents provocateurs de la fièvre? *On ne peut donc, en raisonnant d'une façon serrée, faire appel à ces très importants travaux.*

Il ne reste donc plus dans ce deuxième article de M. INGELRANS que deux derniers arguments qui sont :

1° Les scybales ne sont pas nocives, elles ne permettent pas l'absorption.

2° L'occlusion intestinale s'accompagne d'hypothermie et non d'hyperthermie.

Examinons ce qu'ils valent.

J'ai dit, et je répète, que si les scybales sont si dures, c'est que leur partie aqueuse avait été absorbée et avec elle les poisons qui étaient dissous.

D'un autre côté, j'ai ajouté qu'à la surface et dans l'intérieur de ces masses pullulaient les espèces microbiennes les plus diverses. Les fermentations y sont exagérées, la toxicité élevée de ces matières fécales nous le prouve. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que les toxines et les poisons produits en surface ne soient absorbés. Rien d'étonnant non plus à ce que cette absorption ne soit exagérée lorsqu'un laxatif, un lavement viennent liquéfier ces matières et mettre en liberté les toxines et les poisons fabriqués en leur centre. J'y vois justement un argument des plus évidents contre cette assertion de M. INGELRANS. « Les matières fécales dures ne contiennent plus grand chose capable d'être absorbé » (page 338, loc. citat). Il faut croire qu'il y avait quand même quelque chose, puisque la fièvre s'est allumée précisément à ce moment.

Pourquoi, dit enfin M. INGELRANS, la constipation produit-elle de l'hyperthermie, alors que l'occlusion intestinale n'en produit pas? Les deux accidents ne se comparent pas. Voici pourquoi. HOFFA et GAMALEÏA ont démontré que ce n'étaient pas les microbes ou leurs toxines seuls qui produisaient la fièvre. Toxines ou microbes ont à lutter dès leur pénétration dans l'organisme contre les éléments cellulaires (leucocytes, épithéliums, cellules fixes) de la paroi intestinale. Ces éléments cherchent à les détruire, à les digérer, il en résulte la production de substances pyrétogènes, qui, elles, sont capables de donner lieu à la fièvre.

Dans la constipation, tous ces éléments sont sains, dans l'occlusion intestinale les lésions de la paroi intestinale sont des plus nettes. N'est-ce pas là la cause de l'hypothermie? et peut-on comparer deux semblables états?

Après ces diverses critiques, je ne vois plus ce qui resterait debout de l'argumentation de mon éminent confrère. Je ne vois rien qui puisse servir à soutenir encore sa théorie de la susceptibilité réactionnelle des centres thermiques des accouchées, susceptibilité elle-même, due à la débilité nerveuse, causée par le traumatisme obstétrical.

J'ai vu avec plaisir, du reste, que dans son deuxième article, M. INGELRANS se ralliait à mes conclusions, en écrivant : « Si les poisons et les toxines de l'intestin sont le facteur essentiel de l'hyperthermie, l'organisme qui réagit pour faire la fièvre, a une part égale en importance. »

Il y a loin de là à ce qu'il écrivait dans son premier mémoire et à ce que je me refuse à admettre comme une hypothèse purement gratuite et basée seulement sur des

hypothèses : « *ce n'est pas que les poisons circulants soient* » *en plus grande quantité ; c'est que leur organisme y est* » *plus sensible.* »

De son aveu, je considère donc la discussion comme close, puisqu'il fait maintenant comme moi de l'absorption intestinale, le facteur essentiel de l'hyperthermie de la coprostase. Reste à savoir maintenant quelles sont les causes qui favorisent cette absorption.

***

J'ai voulu étudier dans une seconde série d'expériences, quelle était l'action de la **décompression abdominale** sur l'absorption des poisons intestinaux. J'ai donc entrepris trois catégories d'expériences que voici résumées :

Série I.

a) On oblitère l'anus d'une lapine à neuf heures du matin. Le soir sa température vaginale, qui était de 38°5 avant l'oblitération, était de 40°2 ; le lendemain de 40°, le surlendemain de 40°1.

b) On oblitère l'anus d'une lapine de même poids, à la même heure. Sa température était de 38°2 à neuf heures, la veille on avait distendu son abdomen en y insufflant 150 c³ d'air stérilisé.

Les températures chez cette lapine furent de 39°, 39°5, 39°1. C'est-à-dire inférieure à celle de l'expérience *a*.

c) Une lapine de même poids que les précédentes reçoit dans le péritoine 150 c³ d'air stérilisé. T. 38°4. Le lendemain, T. 38°6. On oblitère l'anus. On vide le péritoine.

Les températures furent de 40°4, 41°, 41°6, c'est-à-dire supérieures à celles des deux autres.

Série II

Expérience avec le cyanure de Hg et de K.

a) Un lapin de 2 k. 500 reçoit dans le rectum 10 c³ d'une solution à 1 °/₀ de cyanure de Hg et de K. Il meurt en quinze minutes.

b) Un second lapin qui, la veille, avait reçu dans le péritoine 150 c³ d'air stérilisé, reçoit le lendemain, dans le rectum, la même dose de la même solution ; il meurt en dix-sept minutes.

c) Un troisième lapin qui, la veille, avait reçu 150 c³ d'air stérilisé dans le péritoine, reçoit le lendemain, une heure après évacuation du péritoine, la même dose de la même solution. Il meurt en sept minutes.

Série III

Expérience avec le monosulfure de sodium.

a) Un lapin de 2 k. reçoit, dans le rectum, 9 cc. 5 de la solution de monosulfure de sodium de Roger. On décèle l'H^2S dans l'haleine avec le plombite de soude.

b) Un second lapin de 2 k. reçoit, dans le rectum, 9 cc. de la même solution, vingt-quatre heures après avoir reçu 150³ c d'air stérilisé dans le péritoine.

L'H^2S apparaît dans l'haleine.

c) Un troisième lapin de 2 k. reçoit, dans le péritoine, 150 c³ d'air stérilisé. Le lendemain matin on vide son péritoine, on injecte dans le rectum 5 c³ de monosulfure de sodium.

L'H^2S apparaît dans l'haleine.

Cette triple série d'expériences prouve que la distension abdominale, lorsqu'elle cesse, favorise l'absorption des poisons d'une façon considérable. Sans être absolu puisque dans ces expériences les conditions ne sont pas rigoureusement identiques à ce que l'on observe en clinique, on peut donc dire : Ainsi se trouve vérifié ce que disait mon collègue et ami, le docteur Oui : « la décompression abdominale qui suit l'accouchement joue peut-être un rôle dans l'absorption des poisons intestinaux. »

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de faire en ce cas la part de ce qui appartient à l'absorption intestinale, et de ce qui appartient à la fonction hépatique.

Ces expériences prouvent un premier fait. Elles ne sont que le début d'une nouvelle série d'investigations cliniques et expérimentales, que je compte ultérieurement publier.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des Sciences. — MM. Wertheimer et Lepage. La sécrétion pancréatique est indépendante du système nerveux central. Elle est sous l'action du système ganglionnaire périphérique.

Académie de médecine. — M. Fournier préconise les consultations gratuites bien faites et la distribution des médicaments comme moyen prophylactique efficace de la syphilis.

Société d'obstétrique — MM. Hutinel et Delestre font une étude critique de la couveuse : excellente pour les enfants en hypothermie, la couveuse devient dangereuse par le fait même de sa température constante qui facilite considérablement les infections. Aussi, s'il est bon de mettre en couveuse un enfant en hypothermie, faut-il l'en retirer dès que sa température atteint 37° et se garder de mettre dans la couveuse un enfant infecté.

Société de Biologie. — M. Laguesse fait une intéressante communication sur la variabilité du tissu endocrine dans le pancréas.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Novembre 1899

Présidence de M. CARLIER, président.

Péritonite tuberculeuse et radiothérapie

M. Ausset montre de nouveau à la Société une petite fille de quatre ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, chez laquelle il a employé comme unique traitement la radiothérapie.

Cette petite malade avait déjà été présentée à la Société il y a quelques mois, tout au début du traitement.

A ce moment elle avait un exsudat péritonéal très abondant ; de plus, par places et surtout au niveau de l'ombilic, la palpation délimitait de vastes gâteaux péritonéaux.

M. AUSSET, pour bien mettre en évidence l'action de la radiothérapie, n'institua aucun autre traitement, ni médical ni chirurgical, et laissa la malade au régime ordinaire de l'hôpital.

Au début des séances de radiothérapie, le périmètre de l'abdomen mesurait 64 cent. 5 et maintenant il n'est plus que de 56 cent. Le ventre est toujours resté un peu gros, ce qui est certainement une conséquence de la longue distension de la paroi par l'exsudat, mais il n'y a plus toutefois la moindre induration. De plus l'enfant a augmenté de poids depuis le début du traitement.

Le 27 mai dernier, elle pesait 16.400 grammes, et actuellement 19.150 grammes. Le foie, qui était un peu gros, déborde encore beaucoup les fausses côtes, et ce fait assombrit le pronostic. En tout cas il est permis de considérer cette petite fille comme guérie de sa péritonite et d'en attribuer la guérison à la radiothérapie.

M. Charmeil admire le résultat obtenu, mais n'ose se prononcer sur l'efficacité des rayons X ; car le fait même de la présence de l'enfant à l'hôpital, dans un milieu plus hygiénique, la nourriture plus saine et plus abondante, tout venait en aide au traitement institué. Il ne croit pas enfin qu'il faille attribuer cette guérison à la radiothérapie.

M. Ausset répond alors à M. CHARMEIL qu'il n'affirme pas que l'agent curateur soit exclusivement les rayons X. Il n'apporte pas encore de conclusions fermes de ce côté. Il a observé cependant trois cas de péritonites tuberculeuses traitées par la radiothérapie. Le premier cas, publié en 1896, est celui d'une tuberculose généralisée chez un enfant de 6 ans, vomissant, ayant un ventre très ballonné, ne mangeant plus. Soumis à l'influence des rayons X, l'enfant commença à manger, la sensibilité du ventre disparut, les vomissements cessèrent. Le malade succomba cependant à sa tuberculose généralisée. En tout cas il est à noter qu'une amélioration très notable se produisit dans son état à la suite de cette expérience.

Dans le second cas intervint l'action d'une laparotomie et de la suralimentation. On ne pouvait donc pas attribuer certainement le succès à la radiothérapie.

« Dans le troisième cas que nous rapportons, dit » M. Ausset, nous ne concluons pas franchement, » nous n'affirmons pas l'action curatrice des rayons X, » mais nous constatons toutefois une curieuse coïnci- » dence. »

M. Charmeil s'étonne cependant que la presse médicale n'ait pas publié d'autres résultats identiques. Il y a, en effet, un grand nombre d'Instituts de radiothérapie, et aucun n'a publié encore d'observation analogue.

M. Ausset fait remarquer que l'on a publié quelques cas de tuberculose externe guéris par un traitement analogue (KIRMISSON) et que, pour rendre l'expérience plus évidente, il demande à expérimenter le même traitement chez d'autres tuberculeux (lupus, arthrite, etc.).

M. Moty appuie la demande de M. AUSSET, en se basant sur ce fait que beaucoup de malades reculent devant une opération et qu'ils se laisseraient plus facilement séduire par ce mode de traitement ; mais pour sa part il ne voudrait pas l'employer à l'exclusion du traitement général.

M. Ausset voyant dans la radiothérapie un moyen énergique de révulsion, ne s'étonne pas qu'elle réussisse là où réussit la révulsion, sous forme de pointes de feu par exemple.

M. Charmeil rappelle à ce sujet les deux théories admises actuellement ; l'une expliquant l'action des rayons X par une révulsion intense, l'autre leur attribuant une action microbienne, analogue aux rayons solaires, mais il ne croit pas que les rayons X aient agi dans ce cas comme révulsif, surtout puisqu'on n'a vu se produire aucun symptôme du côté des téguments pouvant affirmer cette opinion.

Sur un cas d'adénopathie bronchique

M. Ausset présente une petite malade entrée dans son service le 16 octobre, accusant une difficulté notable pour respirer depuis l'âge de 18 mois Elle a constamment un tirage tel, qu'on le prendrait pour celui du croup, depuis cette époque, sans qu'on puisse toutefois obtenir des renseignements précis sur le début de cette affection. Elle ne tousse pas, et la voix est continuellement voilée.

Il est difficile d'affirmer la cause de ce tirage. En tout cas on peut éliminer les végétations adénoïdes. En effet l'intervention chirurgicale n'a donné qu'une amélioration minime.

L'examen laryngoscopique a permis d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur du larynx, obstruant les cordes vocales. Il ne s'agit pas non plus d'emphysème pulmonaire, ni de lésions cardiaques. Les signes stéthoscopiques manquent de ce côté.

M. Ausset croit pouvoir attribuer ces symptômes à une adénopathie trachéo-bronchique, quoique l'on n'ait pas de signes bien nets.

Il arrive en effet que des adénopathies trachéo-bronchiques, en comprimant les récurrents, donnent de tels symptômes sans toutefois se laisser déceler par la percussion et l'auscultation.

M. Charmeil se range à l'avis de M. Ausset et croit que la compression du récurrent amène une paralysie des muscles du larynx, donnant lieu à ces phénomènes, et s'étonne fort que l'état général de la petite malade ait pu se maintenir ainsi. Il croit qu'au point de vue thérapeutique on pourrait essayer le tubage et voir si le tirage ne diminuerait pas. Il émet l'opinion, qu'en chloroformant la petite malade, on pourrait s'assurer qu'on ne se trouve pas en présence d'un spasme du larynx. Il n'ajoute aucune confiance à la faradisation préconisée par certains auteurs dans des cas analogues.

M. Ausset traite surtout l'état général, prescrivant du sirop de raifort, de la liqueur de Fowler, des pulvérisations sulfureuses. Il ajoute qu'il a fait radiographier sa petite malade et qu'on n'a rien pù déceler par ce moyen.

Fibrome de la région cervicale de l'utérus.

M. Lambret rapporte l'observation d'une femme opérée pour fibrome de l'utérus et présente cette pièce intéressante. En effet, le col de l'utérus, effacé, dilaté, laissait apercevoir une masse néoplasique, molle et saignante, développée aux dépens du col. L'ablation fut faite par la voie abdominale et ne présenta aucune suite opératoire intéressante.

M. Carlier a eu à opérer une femme ayant présenté également un fibrome du col, mais ce fibrome avait peu à peu quitté l'utérus pour faire hernie dans le vagin, et M. Carlier dut l'enlever par morcellement successif et faire également à la fois l'ablation de l'utérus.

Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant

M. Carlier rapporte les différents modes de traitement employés par lui chez vingt enfants opérés pour calculs de la vessie.

Dans neuf cas il eut recours à la taille hypogastrique, faisant chez cinq un drainage sus-pubien avec le double tube de Guyon-Périer, et chez les quatre autres refermant immédiatement la vessie par une suture totale de la plaie vésicale.

Dans onze cas, M. Carlier eut recours à la lithotritie, bien qu'on lui reconnaisse chez l'enfant de gros inconvénients, tenant surtout à l'étroitesse de l'urèthre et à l'hyperexcitabilité de la vessie.

Lorsque toutefois les dimensions de la pierre sont trop grandes, lorsque la forme du calcul n'est pas convenable, il peut se trouver des contre-indications. De plus il faut que le lithotriteur parcoure aisément le canal de l'enfant. En tous cas le nombre des calculs ne peut pas constituer une contre-indication à la lithotritie.

M. Carlier fait remarquer que la grande sensibilité de l'urèthre et de la vessie nécessite une profonde chloroformisation. En effet, avec une chloroformisation profonde, on n'a pas à craindre qu'une contraction vésicale ne chasse dans l'urèthre des fragments du calcul. Aussi M. Carlier conclut-il en disant qu'en présence d'un calcul de la vessie chez l'enfant il ne faut songer qu'à deux méthodes de traitement : la lithotritie et la taille hypogastrique avec suture totale de la plaie vésicale et suture presque complète de la paroi abdominale, la lithotritie ayant le seul tort d'exiger une main exercée, car c'est la méthode de choix pour le traitement des calculs vésicaux chez l'enfant comme chez l'adulte.

VARIÉTÉS

Vente du lait en Amérique

Comment est organisée à New-York la vente du lait ?

La quantité quotidienne de lait vendu dans la ville est de 1.212.000 litres. Il faut y ajouter 20.000 litres de crème et 10.000 litres de lait condensé.

On estime à 186.333 le nombre de vaches laitières chargées de fournir à la consommation de New-York. Ces vaches sont réparties en cinq États : New-York, New-Jersey, Pensylvanie, Connecticut, et Massachussets.

Les fermes situées dans le voisinage immédiat de la cité fournissent 332.000 litres de lait. Le reste, soit 880.000 litres, est apporté par le chemin de fer.

Pour la surveillance et le contrôle du lait, la ville est divisée en districts, dont chacun est à la charge d'un inspecteur.

L'inspection est faite à l'arrivée des trains. Les wagons destinés au transport du lait étant spécialement aménagés à cet effet, et munis d'appareils de réfrigération ou de chauffage, pour prévenir le surissement en été et la congélation en hiver, et le transport se faisant à grande vitesse, le lait arrive en général dans de bonnes conditions, même des régions les plus éloignées.

Les facilités accordées par les chemins de fer aux fournisseurs, à savoir des appareils réfrigérants aux points d'embarquement et des agents qui surveillent le lait pendant son transport, contribuent surtout à assurer la conservation du lait, de façon qu'en dépit des distances souvent très grandes à parcourir, il peut être livré encore frais et en bon état pour le consommateur.

A New-York, nul n'est autorisé à vendre ou à distribuer du lait sans permis du bureau sanitaire.

(*Presse méd. belge.*)

A propos de corsets.

Tandis que Mme le Dr Gaches-Sarraute s'efforce de trouver pour la femme un corset hygiénique, nous voyons en Allemagne un médecin faire des constatations archéologiques tendant à réhabiliter l'instrument de torture que tous les hygiénistes s'accordent à condamner. Le *Journal des Débats* reproduit à ce sujet la curieuse note suivante :

« On vient d'exposer à Dresde les œuvres de Lucas Cranach. Les peintres y ont pris leur plaisir et les orthopédistes leur profit. Car un médecin, le docteur Schlanz, a été frappé d'y voir qu'Eve, Lucrèce et les déesses même avaient le dos rond. Il en ressentit une tristesse qu'il divulga dans la *Semaine médicale allemande*. L'infirmité de ces figures n'est pas un caprice dépravé de Cranach ; car ses portraits de femmes sont également rachitiques, et la duchesse Catherine présente un cas de scoliose bien accentué. Albert Durer, qui dessine un Adam magnifique, infléchit pareillement l'épine dorsale d'Eve. Comme on ne peut douter de la sincérité de ces maîtres, on doit avouer que la femme allemande de la Renaissance avait l'échine tordue. Le docteur Schlanz a trouvé la cause d'une si grande disgrâce dans le costume qui était bien moins soutenu qu'aujourd'hui de baleines et d'acier. Là est la cause de dégénérescence du type féminin. Poursuivant ses études sur d'autres époques, le docteur Schlanz est arrivé à cette formule générale que toutes les générations sans corsets avaient le dos voûté. L'érudition conduit à tout, et il n'est pas de découverte trop ingénieuse pour la science allemande ; mais il serait intéressant d'appliquer à l'antiquité la formule du docteur saxon, et de savoir si Cléopâtre, dont nous savons déjà qu'elle avait le nez trop court, n'avait pas également le dos circonflexe. »

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le vendredi 3 novembre 1899 a eu lieu le 4e dîner de 1899 de l'**Association de la Presse médicale**, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Dr Laborde, syndic. — 28 personnes assistaient à cette réunion.

I. Nominations. — On été élus *Membres titulaires* de l'Association : 1° M. le Dr Toulouse (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Psychiatrie ;* 2° M. le Pr Lemoine (de Lille), rédacteur en chef du *Nord Médical ;* 3° M. le Dr Boix (de Paris), rédacteur en chef des *Archives générales de Médecine ;* 4° M. le Dr Ricard (de Paris), représentant la *Gazette des Hôpitaux ;* 5° M. le Dr Duchamp (de St-Étienne), rédacteur en chef de la *Loire Médicale.*

II. Congrès international de la Presse médicale de 1900. — M. le Dr Blondel, secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès, a indiqué le rôle joué jusqu'à présent par l'*Association de la Presse médicale* dans l'organisation de ce Congrès, qui s'annonce comme un véritable succès.

III. Annuaire de l'Association. — M. le Secrétaire général de l'Association a fourni des explications circonstanciées sur la publication de l'Annuaire de 1900. Il est entendu que, dans cet annuaire, figureront les *photographies de tous les membres* et une *reproduction de la page de couverture de chaque journal.* Chaque membre est à nouveau prié d'envoyer de suite ces documents au Secrétaire général.

IV. Chemins de fer. — M. le Dr Laborde, syndic, au nom de la Commission des Chemins de fer, a fait part de ses démarches nombreuses auprès des Compagnies.

V. La Presse aux Congrès de 1900. — Sur la proposition de M. le Dr Noir, la question des rapports de la Presse avec les Congrès de 1900 est mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

VI. Cartes d'entrée a l'Exposition. — Le Bureau est chargé de faire les démarches nécessaires pour obtenir les cartes d'usage.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenances de thèses

M. J.-L.-V.-J. Théret, de Pierremont (Pas-de-Calais), a soutenu, le lundi 13 novembre 1899, sa thèse de doctorat (5e série, n° 138), intitulée : **Contribution à l'étude de l'accouchement spontané dans les bassins viciés.**

M. J.-G.-E. Sutter, aide d'anatomie à la Faculté, de Lille (Nord), a soutenu le mercredi 22 novembre devant la Faculté, sa thèse de doctorat (5e série, n° 139), intitulée : **Fistules vaginales de l'uretère.**

— Ont reçu les affectations suivantes, intéressant notre région, par décision ministérielle en date du 7 novembre, MM. les **aide-majors de deuxième classe,** élèves sortant de l'Ecole d'application du service de santé militaire : Debève, pour le 43e d'infanterie, à Lille; Vergne et Blondel de Joigny, pour l'hôpital militaire de Lille ; Verbe, pour le 147e d'infanterie, à Rocroy-Givet.

UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur Berger, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, sur sa demande, professeur d'opérations et appareils.

M. le docteur Terrier, professeur d'opérations et appareils, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale.

Distinctions universitaires.

Ont été nommés *Officiers d'académie :* MM. les docteurs Barbès, de Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais); Patin, de Boulogne-sur-Mer (Pas de-Calais); Thébault et Barthès, d'Ivry (Seine); Cochery, de Romilly (Aube); Moreau, de La-Ferté-Bernard (Sarthe); Aubiban, de Bordère-Luron (Hautes-Pyrénées); Druène, de Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées; Boursot, de Nuits (Côte-d'Or); Mathieu, d'Hauteville (Ain).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Bonne, de Saint-Nazaire-en-Royan (Drôme); Aubry, de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord); Vadès, de Paris; Léon Bourée, de Paris.

Pestana, de Lisbonne, mort de la peste.

Ouvrages déposés au bureau du journal

L'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxœdème fruste, par le docteur Hertoghe, extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1899.

— **Chirurgie d'urgence,** par le docteur Sorel, extrait de la *Normandie médicale*, 1898.

— **Un cas de dextrocardie avec autopsie,** par M. Ch. Garnier, extrait de la *Presse médicale*, Carré et Naud, Paris.

— **Fumées et poussières de Paris, spécialement dans le IXe arrondissement : la lutte contre la phtisie,** conférence par le docteur Berthod, *Daix frères*, Clermont, 1899.

— **Antiseptiques et infections,** par le docteur Trétrop, Anvers, *Buschmann*, 1899.

— **Chirurgie de l'intestin,** par le docteur Pantaloni, extrait des *Archives provinciales de chirurgie*, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

46e semaine, du 12 au 18 novembre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	3
3 mois à un an	6	6
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	3	2
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	4	7
40 à 60 ans	11	11
60 à 80 ans	4	8
80 ans et au-dessus	2	1
Total	39	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	8	11	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	»	»	»	»	»	»	5	10	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	1	»	»	»	»	4	»	5	1	»	4	1	»	»	»	»	1	18	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	2	7	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1	»	»	»	1	1	»	»	»	8	15	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	5	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3	4	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	6	8	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	9
Total	»	1	»	1	»	»	»	1	7	7	14	2	»	9	3	2	»	1	»	35	83	118

N° 151. Troisième Année, N° 49. Le Numéro : 10 centimes. 3 Décembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à l'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1er janvier.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Rétrécissement mitral pur et cure d'air

Par M. le Professeur **Surmont**.

Le rétrécissement mitral pur ou maladie de Durozier, représente une forme spéciale bien individualisée de la sténose auriculo-ventriculaire gauche ; on sait que cette lésion est longtemps compatible avec l'existence, à la condition que l'on ait soin de ne réclamer à l'organe en état d'insuffisance fonctionnelle qu'un travail compatible avec ses forces.

Aussi, de l'aveu de tous les médecins, les prescriptions hygiéniques ont-elles une grande importance, non pour prévenir des lésions depuis longtemps constituées quand elles se manifestent cliniquement, mais pour retarder l'éclosion des accidents variés auxquels sont exposés les malades.

Si l'on en croit les auteurs de la plupart des traités classiques (Huchard. Traité de thérapeutique appliquée. — André Petit. Traité de médecine Charcot-Bouchard. — Pierre Merklen. Traité de médecine et de thérapeutique Brouardel-Gilbert), les plus importantes parmi les prescriptions hygiéniques sont le repos et la surveillance sévère de toutes les fonctions de l'organisme en vue de prévenir les accidents que le surmenage ou simplement la fatigue des appareils digestif, nerveux, musculaire, génital, entraînent si facilement chez les malades atteints de sténose mitrale pure.

Sans doute ces prescriptions ont une importance majeure et nous y souscrivons de tout point ; mais elles ne doivent pas être considérées comme résumant à elles seules tout le traitement hygiénique de l'affection. On sait que dans le rétrécissement mitral pur, les complications broncho-pulmonaires sont fréquentes, qu'il s'agisse de pseudo-asthme cardiaque, de bronchites à répétition, de congestions pulmonaires avec ou sans hémoptysies, ou même de tuberculose pulmonaire. N'a-t-on pas cru justifiée la description d'une forme pseudo-tuberculeuse du rétrécissement mitral pur ?

La prévention de tous ces accidents broncho-pulmonaires est insuffisamment assurée par les prescriptions énoncées plus haut ; il faut dans ce but spécial avoir recours à la cure d'air.

Les enseignements de notre pratique personnelle, qui, sur ce point particulier, date de 4 années déjà, nous permettent d'affirmer que les résultats thérapeutiques de cette méthode sont véritablement surprenants.

Cette cure d'air ne doit suivre que quelques-unes des règles édictées pour les malades atteints de tuberculose pulmonaire. Elle doit être permanente, de jour et de nuit. C'est là une prescription essentielle à laquelle on ne trouve

dans les conditions météorologiques extérieures que très peu de causes d'exception même dans les climats du Nord. Nous connaissons à Lille même une malade qui, depuis 2 ans 1/2, n'a pas fermé une seule fois la fenêtre de sa chambre à coucher.

Le repos absolu au lit doit être prescrit aux malades quand la menace d'accidents hyposystoliques l'exige. En dehors de ces indications occasionnelles, il est inutile de l'ordonner comme on le fait, par exemple, pour les tuberculeux fébricitants. Le repos ne doit être prescrit que dans la mesure nécessaire pour éviter la fatigue du cœur.

La cure ne comporte pas de suralimentation, car l'engraissement n'est pas à désirer et les prescriptions diététiques doivent être basées sur l'état de l'appareil digestif.

Dans ces conditions, la cure d'air se borne donc exclusivement à l'aération permanente de jour et de nuit. Sous l'influence de cette pratique, on voit s'amender les accidents broncho-pulmonaires, quelle que soit leur nature ; mais les résultats les plus remarquables sont peut-être ceux que l'on obtient chez les malades atteints d'accès pseudoasthmatiques. Nous connaissons une malade que tourmentaient des accidents de ce genre ; elle ne les a plus vu reparaître depuis que, sur notre conseil, elle a adopté l'habitude de dormir fenêtres ouvertes. Dans ces cas l'amélioration est extrêmement rapide, la cure paraît agir immédiatement.

Les bronchites et les accidents congestifs deviennent également beaucoup moins fréquents chez les malades soumis à l'aération permanente ; il n'est même pas rare de les voir disparaître complètement.

Je n'insisterai pas sur l'heureuse influence que peut avoir cette pratique au point de vue de la prophylaxie des accidents tuberculeux toujours à craindre chez ces malades. Bien que l'on sache qu'habituellement la tuberculose pulmonaire revêt une forme bénigne chez les malades atteints de sténose mitrale, il n'est pas inutile de déclarer que loin de contre-indiquer la cure d'air, la lésion cardiaque est une raison de plus de la prescrire.

L'état du cœur s'améliore parallèlement à la disparition des accidents broncho-pulmonaires. Le pouls redevient régulier, moins rapide, plus plein ; les phénomènes d'auscultation s'amendent et le rétrécissement mitral cesse de nouveau d'être une maladie, pour redevenir une simple malformation cardiaque.

L'influence remarquable de la cure d'air sur les accidents broncho-pulmonaires au cours du rétrécissement mitral pur ne peut s'expliquer uniquement par l'influence tonique générale de l'aération, il faut probablement faire intervenir en même temps l'influence d'une asepsie plus complète des bronches, liée d'une part à l'absence de confinement et par suite à la respiration habituelle d'un air moins chargé de germes, d'autre part au réveil de la vitalité des éléments anatomiques chargés de la défense de cette voie d'envahissement de l'organisme.

Il en résulte que dans la conception pathogénique des complications broncho-pulmonaires survenant chez ces malades, il faut peut-être attribuer aux phénomènes d'ordre vasculaire un rôle moins important qu'on n'a tendance à le faire et accorder en même temps aux infections bronchiques une influence plus grande mais dont la valeur exacte est difficile à préciser. Ici, comme dans beaucoup d'autres cas, les facteurs pathogéniques seraient multiples.

Les conclusions de ce travail sont basées sur l'observation de cinq malades suivies attentivement depuis un temps qui varie de quatre ans à deux ans et demi au minimum à dater du début de la cure d'air. Cette cure d'air, nos malades l'ont faite dans divers endroits du Nord de la France, où elles habitent en permanence, sauf l'une d'elles, qui passe l'hiver à Lille et six mois d'été à Joinville-le-Pont. Je suis convaincu que nos stations climatériques françaises donneraient en l'espèce le meilleur résultat et n'hésiterais pas à les conseiller à l'occasion, mais je tiens à faire remarquer que ce mode de traitement hygiénique peut être appliqué partout.

Je ne rapporterai ici que le résumé de l'histoire d'une malade que j'eus l'occasion de soigner concurremment avec le docteur Bitterlin, de Joinville-le-Pont :

Madame D..., âgée de 36 ans, est une femme petite, pâle, d'apparence souffreteuse, fille et sœur de tuberculeux, présentant elle-même à un degré marqué les signes d'infantilisme si fréquemment relevés chez les sujets atteints de sténose mitrale pure.

A part quelques signes de chlorose à la puberté, rien de bien saillant à relever dans les premiers antécédents. A 22 ans, première grossesse qui est bien supportée, mais à la suite de laquelle on commence à noter une tendance aux rhumes faciles. A 27 ans, deuxième grossesse assez pénible, accouchement rendu difficile par le volume exagéré de l'enfant et ayant nécessité une application de forceps. C'est après cette grossesse que commencent à se manifester les premiers signes de fatigue du cœur sous forme de dyspnée d'effort et de bronchites à répétition.

Je vois la malade pour la première fois en 1892 et pose le diagnostic de rétrécissement mitral pur. Depuis lors jusqu'en décembre 1895, plusieurs bronchites dont quelques-unes fort sérieuses. En janvier 1896, bronchopneumonie fort grave dont la malade ne se tire qu'avec peine et qui laisse après elle de la bronchite chronique et des accès d'asthme très pénibles. La malade passe l'été de 1896 à Joinville, souffrant beaucoup et confinée à la maison. Je la revois au début de l'hiver de 1896 et institue le traitement par l'aération permanente, à l'exclusion de tout autre adjuvant que le repos. A dater de ce moment la malade se transforme ; les accès d'asthme ne reparaissent plus, la bronchite s'atténue puis disparaît en même temps que le cœur fonctionne mieux. Actuellement, la malade vit de la vie commune et, à condition d'éviter les fatigues que lui interdit sa sténose, n'éprouve plus le moindre trouble pathologique. La dernière fois que je l'ai vue, elle venait me demander l'autorisation de faire de la bicyclette. Inutile de dire que je la lui ai refusée.

Cette observation résumée peut, je pense, se passer de commentaires, et je le crois suffisamment démonstrative pour engager nos confrères à inscrire l'aération permanente au nombre des prescriptions hygiéniques à formuler aux malades atteints de sténose mitrale pure.

Coprostase et Fièvre

(Dernier article)

Par le docteur **L. Ingelrans**, lauréat de la Faculté de Paris.

Je me vois forcé de revenir encore sur ce sujet, bien qu'il ait déjà fait verser trop d'encre. Le dernier mémoire de M. Carrière contient, en effet, des arguments que je ne puis laisser passer sans réponse, mais c'est ici que je me bornerai et cet article clora, de mon côté du moins, la discussion. Je vais reprendre les objections qu'on me présente et essayer de remettre les choses au point : elles en ont besoin.

***

M. Carrière pense que le résultat de ses expériences a dû anéantir mon hypothèse. Voyons un peu ce qu'il en est.

La coprostase, dit-il, s'accompagne d'une pullulation microbienne très marquée. Si on oblitère l'anus d'un lapin et qu'au bout de trois jours on le sacrifie, on constate que les fèces renferment bien plus de microbes.

Nous nous en doutions bien un peu, et comment en serait il autrement?

Pourquoi les microorganismes ne se développeraient-ils pas et ne se reproduiraient-ils pas dans un pareil milieu de culture? Point n'était besoin d'une expérience pour nous en assurer. Enfin, l'expérience est faite et elle est naturellement concluante. Cela fait-il avancer d'un pas la question? et en quoi cela peut-il être important, puisqu'en fin de compte, le tube digestif n'est que la prolongation du monde extérieur? Les microbes du tube digestif sont nos commensaux, et non point nos parasites, distinction utile à faire, surtout dans le cas présent.

Attendez, dira-t-on ; la coprostase augmente la virulence du colibacille.

M. Carrière, en effet, le démontre par une nouvelle expérience, et je lui ai demandé : n'existe-t-il pas de coli virulent dans l'intestin normal? Cette question est restée sans réponse de sa part. Or, il est des cas où la virulence du colibacille intestinal existe en dehors de tout état infectieux. Macaigne, dans sa thèse, l'a constatée trois fois sur sur treize examens. Nobécourt, cette année même (*Semaine médicale*, p. 170), voulant vérifier les idées de Lesage sur le rôle du coli dans les gastro-entérites des nourrissons, Nobécourt, dis-je, dans les selles de quatre nourrissons *bien portants* sur huit examinés, a isolé des coli virulents à la dose de 1 cent. cube de culture en bouillon, inoculée sous la peau de cobayes de 300 gr. Ces observations ont été prises en janvier, février et mars, de telle sorte qu'on peut éliminer l'influence de la saison chaude sur l'exaltation de virulence de ces microbes.

Le même observateur a constaté, à deux reprises, dans les selles *normales* d'un enfant, l'existence d'une culture *pure* de coli, qui déterminaient en vingt-quatre heures la mort d'un cobaye à la dose d'un demi-centimètre cube de culture en bouillon, inoculée sous la peau. On avait donné, comme criterium de l'action pathogène du colibacille, sa présence isolée dans l'intestin à l'exclusion des autres germes : le fait précédent annihile ce criterium, car l'enfant n'était pas infecté et, chez lui, les cultures de coli *virulent* étaient *pures*.

Valagussa (*Centralblatt für Bakteriologie*, 24 nov. 1898) a constaté, chez des chats, que si le régime lacté, et à un degré moindre le régime carné diminuent la virulence des coli des selles, le régime végétal l'augmente.

MM. Denys (de Louvain) et Vandenbergh (voir *Traité de médecine de Brouardel*, tome IV, p. 567) ont mis des masses énormes de colibacilles en contact pendant des heures avec la muqueuse intestinale non altérée : la résorption ne s'est pas produite. Lorsqu'ils injectaient les bacilles dans le sang ou dans les tissus à une grande distance, ils provoquaient la chute de l'épithélium et de profondes lésions pariétales. Pour détruire l'épithélium, le colibacille devrait donc le prendre à revers, après pénétration dans le sang, et non l'aborder de front.

Comment veut-on que des microbes contenus dans les matières fécales puissent agir sur notre organisme? Ils ne créent pas chez nous l'infection, puisqu'ils ne pénètrent pas dans la muqueuse. Marfan et Bernard (*Presse médicale*, 10 mai 1899) ont montré que la muqueuse intestinale d'un animal sain ne renferme pas de microbes ; ceux-ci, très abondants dans le contenu intestinal, ne franchissent pas l'épithélium de la surface. Ils ne pénètrent pas dans la lumière des glandes, il est même rare de les voir à leur embouchure. Plusieurs heures après la mort, voire même vingt quatre heures après, alors que la muqueuse est profondément altérée par la cadavérisation, on ne constate pas non plus de microbes dans la paroi intestinale ; on n'en trouve que dans la lumière des glandes de Lieberkühn ; encore le fait est-il très rare et ne s'observe que dans le gros intestin.

Il est totalement insuffisant de rencontrer des germes virulents dans nos cavités pour conclure à leur action nuisible. Le vibrion septique, par exemple, est en permanence dans les cavités digestives : qu'on injecte sous la peau un peu du contenu intestinal, et il s'ensuivra une septicémie rapide. Sommes-nous empoisonnés par les produits du vibrion septique?

On me dira que, sans infection de la paroi par les microbes, il n'en est pas moins vrai que ces microbes déversent leurs toxines dans l'intestin et que nous les absorbons. D'abord, il y a assez de produits toxiques dérivant de notre propre organisme dans l'intestin pour qu'on ne fasse pas la part trop belle aux microbes. Ensuite, pense-t-on qu'il soit suffisant qu'il y ait des toxines dans l'intestin pour qu'elles soient absorbées telles quelles? Que fait-on de la

destruction des toxines par l'intestin? (Voir Nencki et Sieber (*Centralb. f. Bakteriol.*, 20 mai et 1er juin 1898). Que fait M. Carrière de son étude récente sur le sort des toxines dans le tube digestif?

Des toxines qui, à doses minimes, injectées sous la peau, produisent sûrement la mort de l'animal, introduites à doses plus fortes par la bouche ou le rectum ne sont pas toxiques (abrine, ricine, tuberculine, toxines cholérique, tétanique, diphtérique et poison pyocyanique). Les antitoxines introduites par le tube digestif ont une action plus de mille fois moins forte que si elles sont injectées sous la peau. La raison de ces différences doit être cherchée dans l'atténuation des toxines par les sucs digestifs, même dilués. Les injections dans la veine mésentérique amènent la mort des lapins dans le même temps que l'injection par la jugulaire. On peut donc éliminer l'action du foie; la destruction se fait bien dans l'intestin. La destruction de ces toxines explique que des microbes pathogènes peuvent se trouver, impunément pour nous, dans l'intestin. Cette action des sucs digestifs est analogue à l'action sur les matières toxiques végétales ou minérales, et Tedeschi a montré dans l'empoisonnement ricinique que le rôle protecteur de l'intestin est supérieur à celui du foie.

Ainsi, on prendra des toxines colibacillaires, on les injectera sous la peau et on conclura de ce qui se passe, à ce qui pourra avoir lieu dans l'intestin! Rien n'est plus sujet à caution qu'une telle méthode, *j'entends au point de vue des conclusions qu'on en veut tirer*. On détermine ainsi qu'un germe est virulent, mais on oublie qu'il y a une virulence absolue et une virulence relative. Cette dernière est la seule intéressante, et quand on a négligé les défenses naturelles de l'organisme, qu'on a démantelé la forteresse, on a beau jeu de montrer que les microbes, mis au cœur de la place, ont une action fort nuisible. Je le crois volontiers, toutes les conditions sont changées.

Mais les constipés, quels qu'ils soient, ont de l'indicanurie; mais leur urine est hypertoxique. — Peut-on en inférer que cette toxicité urinaire soit due à l'absorption de produits microbiens? Des poisons ont passé dans le sang, lesquels? — Nous n'en savons rien. Sont-ils capables d'engendrer *normalement* la fièvre? Et les sujets en expérience n'avaient-ils rien d'autre que de la constipation? Indicanurie et hypertoxicité urinaire, cela sent diablement l'insuffisance hépatique. Et même avec un foie malade et une forte coprostase, on ne fait pas de fièvre sans prédisposition spéciale. Le saturnisme aigu suspend momentanément les fonctions hépatiques, il s'accompagne d'hypertoxicité urinaire (Surmont), il est apyrétique, malgré la constipation. Et, sans aller si loin, les femmes enceintes constipées ont, elles aussi, du coli qui pullule, et qui est virulent (et puisque M. Carrière le dit, nous croirons que leur urine est hypertoxique); ont-elles, avant leurs couches, la fièvre notable qu'elles peuvent présenter après? — Décompression, absorption facilitée? Pourquoi la fièvre quinze jours après? Cet argument qui vaut contre moi, vaut aussi pour moi. — Infection de la paroi intestinale? Cela guérit-il instantanément par un lavement?

Les expériences produites sont excellentes, mais, faut-il le dire, elles ne s'appliquent point au problème qu'on cherche à résoudre. Elles font voir la virulence d'un microbe; elles concluent sans démonstration que cette virulence peut s'exercer. La virulence dépend, en partie, de la voie de pénétration (Charrin. *Portes d'entrée et toxines. Soc. de Biol.*, 13 juillet 1895). Le colibacille, inoculé dans le péritoine, entraîne l'hypothermie; sous la peau, il amène l'hyperthermie (Rodet et Roux. *Arch. méd. expérim.*, 1892), différences dues à la porte d entrée, dues en somme à la réaction phagocytaire provoquée. Que conclure de là à ce qui pourra se passer avec ce microbe introduit dans le tube digestif? Rien du tout. Ses toxines doivent être profondément modifiées par les sucs digestifs, par la membrane muqueuse, — et ce qui est vrai ici s'applique à tous les produits toxiques en général. Je ne prends les toxines colibacillaires que parce qu'on les a choisies comme exemple.

***

Tout cela ne signifie pas, on le conçoit, que rien de toxique ne passe à travers la paroi intestinale. M. Carrière voudrait me le faire dire, mais c'est tout à fait inexact. Mon *premier article* porte que le contenu intestinal est éminemment toxique, et toxique de différentes sources, parmi lesquelles j'ai indiqué les produits de putréfaction. Une très grande partie de tous ces corps, ce sont mes propres expressions, est assurément résorbée à l'état physiologique. Une partie est détruite par le foie; le reste est éliminé par les reins. Le sang contient donc constamment des poisons, mais vienne la constipation (et ceci est en toutes lettres dans ce premier article) une plus grande quantité de matières intestinales pourra être résorbée. Voici maintenant que M. Carrière prétend que j'ai changé d'avis depuis le mois de juillet et que je me suis rangé à sa théorie. Je répète encore une fois que je n'ai jamais dit, à aucun moment, que l'intoxication ne fût rien. Aurais-je eu par hasard l'idée ridicule que les accouchées constipées feraient de la fièvre sans résorption? Où prend-on cela? La phrase même citée par M. Carrière: *ce n'est pas que les poisons circulants soient en plus grande quantité*, démontre à elle seule le rôle que je donne à ces poisons comme incitateurs de la fièvre, puisque j'essayais de faire voir qu'il suffit de la quantité habituelle de ces poisons pour faire réagir des organismes débilités, insensibles normalement à ces poisons intestinaux. Je n'ai nullement changé d'avis et si on l'a cru, on s'est trompé.

M. Carrière cite une phrase de mon deuxième article

qui, dit-il, atténuerait mon opinion première. La voici : « La fatigue de l'accouchement rend certaines femmes plus sensibles à l'action des poisons de leur intestin. » Eh bien, dans le numéro du 23 juillet de l'*Echo médical*, page 353, colonne 2, lignes 33 et 34, j'avais déjà dit : « L'accouchement ne constitue-t-il pas un choc suffisant pour rendre les femmes plus sensibles aux poisons de leur économie ? » — Voilà les deux mêmes idées exprimées en juillet et en novembre, et aux yeux de M. Carrière, cette identité démontre que j'ai changé d'opinion ! Je n'y comprends plus rien.

J'ai écrit encore : « Les matières fécales dures ne contiennent plus grand chose capable d'être absorbé ». On me réplique : un lavement qui liquéfie ces matières met en liberté leurs poisons, la fièvre s'allume ; voilà un argument des plus évidents contre vous. Le malheur est que l'on ne cite pas ma phrase entière et qu'en voici la suite : « ce que ces matières peuvent contenir de toxique, n'étant pas dissous dans une partie aqueuse qui manque, ne peut plus agir ». N'est-ce pas déclarer implicitement que si une nouvelle dissolution se produit, les corps toxiques pourront agir sur l'organisme des accouchées dont il s'agit ? J'ai d'ailleurs dit plus tard : « Tout ce qui est soluble n'a pas été dissous. » Il faut croire que je suis bien obscur : on m'objecte ce que j'ai dit, contre ce que j'ai dit.

***

Troisième objection : Pourquoi les malades de M. Delorme n'ont ils pas été, eux aussi, débilités après leur opération ? Tout bonnement parce qu'il y a une différence capitale entre un accouchement, souvent long et pénible, en tout cas fatigant, et une opération sous chloroforme, courte souvent, indolore et ne fatiguant pas le système nerveux. Je n'insiste pas : si une opération peut constituer un ébranlement elle n'épuise en rien l'individu ; un accouchement est toujours épuisant chez une primipare — et peut-être pour plus longtemps qu'on ne le croit.

***

On me dit que les sujets de M. Delorme n'étaient pas normaux puisqu'ils ont été opérés pour des affections diverses ? M. Carrière entend-il par là que le fait d'être porteur d'une affection chirurgicale puisse empêcher la constipation d'entraîner la fièvre, comme elle le ferait à l'état normal ? Je ne vois guère une hernie, une fistule anale, des hémorroïdes, constituant pour leurs porteurs une immunité vis-à-vis de la fièvre de coprostase. Ce serait bien curieux. Mais que dire de la suite ?

Je ne serais pas, dit-on, autorisé à écrire que les malades de M. Delorme n'ont pas eu de fièvre. — Avant tout, il est bon de savoir que c'est M. Delorme lui-même qui le dit. Il estime que si soixante-six malades ont eu de 37 à 38°, leur température a été normale. Et pour mon compte, j'ajoute qu'il a raison et que M. Carrière n'est pas autorisé à écrire qu'au-dessus de 37°5 on admet généralement qu'il y a fièvre. En effet, Jürgensen indique comme *moyenne* de la température humaine, d'après 11.000 déterminations, 37 degrés sept dixièmes (*La température de l'homme sain*, Leipzig, 1873) et M. Redard 37 degrés 65 centièmes. Enfin, M. Morat (*Traité de physiologie*, tome III, 1899, p. 480) dit nettement : « La température d'un individu peut toucher en haut de l'échelle 38° et en bas 36° sans sortir des limites physiologiques. » Pour Wunderlich, la fièvre légère oscille entre 38° et 38°4. C'est en toutes lettres au début du manuel de Laveran.

Jaccoud écrit ceci : « Une température qui se maintient durant plusieurs heures entre 38° et 38°5 doit être tenue pour fébrile. Ces chiffres sont d'ailleurs les plus faibles qui soient observés dans l'état de fièvre. »

Les malades de M. Delorme n'ont même pas eu une légère fièvre. Et si l'on tient à savoir combien d'entre eux ont dépassé 38°, point n'est besoin d'imaginer qu'il y en eût cinquante. M. Delorme écrit *quelques-uns*, il écrit *exceptionnellement*. Nous voilà fixés bien suffisamment. — Quant à dire qu'il est hypothétique de déduire la température rectale de la température axillaire, en y ajoutant quatre dixièmes de degré, c'est s'élever contre un usage courant et on rencontrera bien peu d'erreurs en agissant ainsi, exception faite pour les vieillards, comme je l'ai dit précédemment. Tout cela est d'une évidence manifeste, et j'aime mieux croire que M. Carrière ferme volontairement les yeux que de supposer qu'il l'ignore.

***

J'en viens à un reproche tout à fait immérité et que je m'étonne de trouver sous la plume de mon distingué contradicteur. L'oubli de rectification qu'il indique lui paraît de mauvais aloi. Cela me semble un bien gros mot, étant donné surtout qu'à la *Société de médecine*, je m'étais excusé d'avoir cru que ses malades étaient atteints de colite ; son article n'avait point encore paru. Je fais ici bien volontiers cette rectification : je n'ai point besoin d'employer pour ma thèse des arguments inexacts : je crois en avoir fourni d'autres. Je ne cherche pas à faire triompher une idée, coûte que coûte, qu'on le sache bien ; la discussion sur ce sujet m'a paru intéressante, mais j'ai déjà dit que je le considérais comme difficile et que je ne donnais qu'une hypothèse, à mon sens plausible. Je me trompe peut-être : quand on me le démontrera, je serai le premier à m'incliner. Jusqu'à présent, je crois que le dernier mot n'est pas dit sur cette question, ni par M. Carrière, ni par moi. Est-ce qu'il n'est pas d'une évidence manifeste (en admettant pour un instant, que la constipation puisse donner une fièvre modérée de 38°5 à 38°9) que des constipés ordinaires n'ont pas la fièvre notable et même la forte fièvre que nous cherchons à expliquer chez les nouvelles accouchées ? Je résume ici un cas de M. Budin qui n'a pas été cité : une femme constipée entre en travail le 1er décembre, à trois

heures : vingt-six heures après, la dilatation du col n'est pas encore complète ; à ce moment, frisson violent et 39°. Après *trente-trois heures* de travail, accouchement au forceps. Le 3 décembre au matin, 39 degrés ; le soir, 146 pulsations, 40°1 et frisson.

Dans la nuit, les lavements qu'on avait donnés agissent : guérison instantanée. Il ne peut s'agir de fièvre du travail. Cette femme était constipée avant ses couches : elle avait 38°, 38°5 au plus. Elle a fait 40°1 au moment de son accouchement : j'explique cela par la débilité nerveuse due à trente trois heures de travail, rendant cette malade plus sensible à ses poisons intestinaux normaux. Est-ce en montrant que les constipés peuvent avoir 38°7 par exemple, qu'on expliquera ces quarante degrés ? J'aime mieux, comme on me le fait remarquer, non sans une pointe d'ironie, m'abriter à l'ombre de M. Bouchard et invoquer une réaction nerveuse, que de croire à une exaltation soudaine de la virulence de microbes très capables d'être virulents sans nous gêner le moins du monde. En ce qui concerne M. Bouchard, qu'on me permette de modifier le vers connu pour dire que « son ombre est vaste assez pour nous tous contenir » et je vais encore le citer.

***

« D'une façon générale, l'homme sain est invulnérable ; pour que la maladie se développe, il faut la connivence de l'organisme. Les plus anciens observateurs avaient compris l'importance des causes prédisposantes. Les découvertes de ces dernières années nous ont fait connaître la nature de la cause efficiente, mais elles ont fait oublier tout d'abord le rôle des causes adjuvantes. On revient actuellement à une conception plus équitable. Si l'agent spécifique est indispensable, il n'est pas suffisant. Les causes qui préparent l'infection peuvent se ramener à deux groupes : les unes agissent sur les cellules, les autres sur le système nerveux. Les troubles du système nerveux ne créent pas la maladie, mais l'expliquent ; ses aptitudes réactionnelles rendent compte des symptômes et de l'évolution. Si des causes identiques produisent des effets différents, c'est qu'elles agissent sur des organismes dont le système nerveux n'est pas semblable. La pneumonie se présente avec des caractères tout à fait dissemblables chez le vieillard, l'adulte, l'enfant, l'alcoolique ; cependant le microbe est le même dans tous les cas ; les différences dépendent du système nerveux. Nous pouvons donc répéter encore une fois qu'*en médecine le terrain sur lequel évoluent les maladies est bien plus important que la cause qui leur donne naissance ;* le particularisme individuel trouve son explication dans le particularisme du système nerveux » (Bouchard et Roger).

Voilà l'influence de ce système nerveux, « qu'on invoque si souvent quand on est embarrassé de trouver une explication, » dit M. Carrière. Et voici qui fixe l'importance de l'organisme dans sa lutte contre les microbes : « Le trouble de la nutrition favorise l'action des autres causes, même de l'infection. Ceux qui apportent ce tempérament aux applications qu'on a faites à la médecine des découvertes de Pasteur, se voient accuser de leur être hostiles et de vouloir leur opposer une doctrine adverse. Il n'y a pas doctrine adverse, il y a procédé pathogénique différent, qui tantôt favorise l'infection, tantôt la combat. Ceux qui prétendent mettre chaque chose à sa place, défendent aujourd'hui la vraie doctrine de l'infection contre l'exclusivisme des néophytes. (Bouchard).

***

M. Carrière ne voit plus, dit-il, ce qui resterait debout de l'argumentation de son *éminent* confrère (voilà où mène le voisinage de M. Bouchard). Ce qui précède me dispense de le montrer davantage. Mais s'il ne voit plus ce qui reste, il a trop bien vu ce qui n'a jamais été. Mon second article ne se rallie pas à ses conclusions : il n'est que la suite logique du premier. Au mois de juillet, comme à présent, je faisais de l'absorption intestinale le primum movens de l'hyperthermie dans les cas étudiés ici. Et à présent, comme alors, je crois que le terrain domine tout, c'est-à-dire que, sans la prédisposition due à la débilité générale, les matières intestinales n'arriveraient pas à produire leurs effets pyrétogènes. C'est dès l'abord que j'ai écrit : une *cause d'excitation*, impuissante à rien produire chez un sujet sain, amène ici une vive réaction. La grande différence qu'il y a entre l'opinion de M. Carrière et la mienne, c'est qu'il croit cette cause nécessaire et suffisante, tandis que je la crois nécessaire, mais non suffisante.

Je répète que je me bornerai ici, car encore une fois je n'ai pas la prétention de trancher la question. J'aurais même pu me dispenser d'écrire ces lignes qui ne contiennent rien de nouveau : c'est parce que M. Carrière a écrit que ma manière de faire était de mauvais aloi, que j'ai tenu à lui répondre. Je proteste contre le désir d'avoir raison malgré tout que cela supposerait. Si actuellement je ne suis pas convaincu, je ne demande qu'à l'être, mais les arguments apportés me paraissent insuffisants, je crois l'avoir démontré. 26 novembre 1899.

Clinique chirurgicale de M. le Professeur DUBAR

Note sur le pronostic des tumeurs myxomateuses des membres

Par le docteur **G. Potel**, chef de clinique chirurgicale.

Il y a un an, nous avons publié ici même (1), une observation de myxome du bras. Il s'agissait d'une tumeur volumineuse, formée en presque totalité par du myxome, mais dont la zone périphérique, très

(1) *Echo Médical du Nord*, numéro 46, 1898.

mince, était constituée par des cellules sarcomateuses.

A cette occasion, nous nous demandions quelle était le pronostic de cette affection. Le malade était-il définitivement guéri ou menacé d'une récidive à brève échéance ? Et nous émettions cette idée que ce qui réglait le pronostic était précisément cette même couche d'éléments sarcomateux que l'on observait à la périphérie.

La suite de l'observation nous a malheureusement donné raison. Nous avons revu récemment notre malade avec une récidive considérable. Et c'est sur cette récidive que nous voudrions donner quelques détails. Le fait a son importance, car la question du pronostic des myxomes est loin d'être réglée.

Le malade avait quitté le service de M. le professeur Dubar, le 12 juillet 1898. Jusqu'au mois de mars 1899, il ne constata rien d'anormal. A cette époque, c'est-à-dire huit mois après l'intervention, il s'aperçut qu'une petite tumeur ayant le volume et la forme d'une petite figue aplatie, se développait au sommet de la cicatrice. Bien qu'il fût prévenu de la gravité de son affection, le malade laissa évoluer sa tumeur, qui prit bientôt des proportions considérables. Au mois d'octobre 1899, le malade, un peu effrayé, revint dans le service de M. le professeur Dubar.

La tumeur que l'on aperçoit nettement sur la photographie ci-jointe a le volume d'une grosse tête de



fœtus. Elle siège sur la région scapulaire droite, débordant sur le bras et dans l'aisselle.

La peau est rouge, violacée, distendue par la tumeur, prête à s'ulcérer dans quelques points. Cependant il n'y a pas d'adhérences intimes de la peau avec la tumeur. La consistance est inégale, plusieurs points sont mollasses, facilement dépressibles. La tumeur est mobile dans son ensemble sur les parties profondes. L'articulation scapulo-humérale est libre. Pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

L'opération est pratiquée par Mr le Professeur Dubar, le 20 octobre. Anesthésie au chloroforme.

Incision circulaire, circonscrivant la tumeur. Les adhérences sont relativement minimes. La tumeur est restée encapsulée, et malgré son volume et son prolongement axillaire, s'enlève en somme assez facilement. Mais la difficulté apparaît surtout quand il faut recouvrir cette énorme plaie. M. Dubar est dans l'obligation de faire une véritable autoplastie, grâce à des incisions qui se prolongent jusqu'au niveau du rachis.

Les suites opératoires furent très simples. La réunion se fit par première intention, sauf dans un point situé au voisinage de l'aisselle, un peu trop tiraillé par les crins de Florence. Il s'est formé là une petite eschare d'un centimètre carré qui a retardé la guérison de quinze jours.

La tumeur a été examinée par M. le professeur agrégé Carrière. Voici le résultat de son examen :

L'examen macroscopique de la tumeur nous montre d'abord que celle-ci présente un aspect et une consistance homogènes. La surface de section présente une coloration blanche, uniforme, sans îlots distincts. A la périphérie se trouve une mince capsule grisâtre. Cette tumeur est molle sans cependant être friable. On aperçoit quelques rares orifices vasculaires

Sur des coupes histologiques, on se rend compte aisément de l'homogénéité du tissu de cette tumeur et de l'existence d'une capsule d'enveloppe.

La structure histologique comporte deux parties à étudier.

1° Une zone périphérique ou capsulaire, et 2° une zone centrale

1° *Zone périphérique ou capsulaire.* – Tout à fait à la périphérie on trouve une coque fibreuse de fort peu d'épaisseur, constituée par une condensation de fibres élastiques (Méthode de Weiggert) très serrées, et se distinguant nettement sur les préparations colorées par la safranine et l'induline. Cette capsule n'est pas très adhérente et, dans un certain nombre de coupes, elle s'est détachée des parties sous-jacentes, dans le cours des manipulations.

En certains points, cependant, elle semble envoyer quelques prolongements dans l'intérieur de la tumeur, mais on ne saurait les suivre.

Au-dessous de cette capsule on trouve des cellules embryonnaires.

Ces cellules ne forment pas, à proprement parler, une couche continue au-dessous de la capsule. Elles semblent se rassembler de préférence en certains points, formant ainsi des îlots qui s'enfoncent en traînées plus ou moins longues de la tumeur.

Les éléments cellulaires qui forment cette couche et ces amas, sont tassés les uns contre les autres, sans interposition de ciment cellulaire. Au niveau de certains amas volumineux, il semble même que ces cellules se disposent sous forme de tourbillons ou de faisceaux. Ces éléments paraissent de constitution variable, suivant qu'on les étudie à la périphérie ou

dans les parties plus profondes. Tout à fait à la périphérie, ce sont des cellules rondes à noyau ovalaire et à protoplasma peu abondant, tassées les unes contre les autres. Au-dessous, ils sont constitués par un noyau généralement ovalaire ou fusiforme, très souvent en voie de karyokynèse, noyau qui est entouré d'une couche d'un protoplasma pâle, peu abondant, se disposant sous un aspect fusiforme ; les prolongements antérieurs et postérieurs s'imbriquant dans les cellules laissées libres par les cellules voisines.

Au milieu de ces amas de cellules embryonnaires, on trouve de nombreux vaisseaux. Ces vaisseaux sont caractérisés par l'absence de toute paroi propre. Ils sont taillés à l'emporte-pièce dans le tissu ambiant.

En quelques endroits, on trouve des foyers hémorrhagiques interfasciculaires et interfibrillaires.

Au fur et à mesure qu'on se rapproche du centre de la néoplasie, les cellules présentent des caractères différents de ceux que nous venons de décrire.

Elles sont moins tassées les unes contre les autres, laissent entre elles des espaces clairs de plus en plus larges remplis de granulations colorées en jaune par l'acide picrique, en rouge violacé par la thionine phéniquée, mais ces éléments cellulaires possèdent encore la même structure que nous leur avons précédemment décrite, noyau arrondi, protoplasma fusiforme, figures karyokynétiques. Cependant, à mesure que l'on s'enfonce, on voit apparaître des figures cellulaires d'un aspect un peu différent, leur noyau devient moins régulier, plus volumineux ; le protoplasma, plus abondant, plus granuleux, présente des prolongements extrêmement déliés, qui donnent à la cellule un aspect soit fusiforme, soit étoilé ; nous arrivons à la partie centrale de la tumeur.

2° *Le centre de la tumeur* vu à un faible grossissement est constitué par des fibrilles et des éléments cellulaires disposés en amas et en traînées circonscrivant des aréoles de dimensions et de formes irrégulières, remplies de fibrilles très délicates et de granulations extrêmement fines, on y trouve encore de nombreux orifices vasculaires de dimensions variables. Etudions chacune de ces parties.

(a) Les *grosses fibrilles* qu'on trouve dans ces préparations sont ordinairement rectilignes, ne presentent pas les réactions des fibres élastiques, renferment en leur centre un noyau plus ou moins énergiquement coloré. Ce sont des cellules filiformes. Les fibrilles s'anastomosent quelquefois avec des fibrilles voisines. Elles s'accolent parfois entre elles de manière à donner naissance à de véritables petits faisceaux fibrillaires. Certaines de ces fibrilles de grosses dimensions semblent correspondre à des vaisseaux embryonnaires coupés longitudinalement.

(b) *Cellules*. — Les cellules qui constituent les amas ou les traînées sont de forme très variable. Ce sont tantôt de petites cellules à noyaux arrondis, à protoplasma peu abondant, tantôt des éléments cellulaires à noyau ovalaire à prolongements protoplasmiques très déliés et très allongés qui leur donnent l'aspect étoilé des cellules de l'écorce cérébrale.

Dans l'intérieur des mailles, on trouve une substance qui se différencie nettement par ses caractères de coloration des éléments cellulaires qui constituent les alvéoles que nous venons de décrire (Méthode de la safranine induline). Cette substance est composée : 1° de fibrilles très déliées s'entrecroisant et s'enchevêtrant en tous sens, présentant les réactions électives du protoplasma cellulaire ; 2° des granulations présentant les réactions colorantes électives de la substance muqueuse (coloration à la thionine phéniquée); 3° des amas globulaires de graisse, réfringente; 4° des éléments cellulaires constitués par un noyau ordinairement très pâle entouré d'une mince couche de protoplasma.

Enfin, on trouve dans toute cette partie de la tumeur des vaisseaux très nombreux qui se présentent ordinairement sans paroi propre.

En résumé, cette tumeur est constituée dans son immense majorité par du tissu myxomateux, pur. Mais il existe une zone périphérique, très mince, dont les éléments ont tous les caractères des cellules sarcomateuses. Or, fait remarquable, c'est précisément cette mince couche périphérique, qui, sur une tumeur de vingt-cinq centimètres de diamètre, n'occupe guère plus de un à six dixièmes de millimètre d'épaisseur, c'est cette couche, disons-nous, qui constitue l'élément dont nous devrons le plus nous préoccuper au point de vue du pronostic.

Cliniquement, notre tumeur évolue comme un sarcome. Le fait s'explique, puisque la zone de prolifération est constituée par du sarcome fasciculé.

Cette notion modifie considérablement le pronostic des tumeurs myxomateuses. Le myxome n'a plus qu'un intérêt relatif, il passe au second plan. C'est le mince liseré sarcomateux qui constitue l'élément principal, c'est lui qui règle le pronostic.

Ainsi s'expliquent les observations dans lesquelles la tumeur myxomateuse a récidivé sous forme de sarcome pur.

De ces faits, nous voulons simplement tirer quelques conclusions pratiques :

1° On devra examiner soigneusement les tumeurs myxomateuses que l'on extirpe et prélever de préférence les échantillons à la périphérie ;

2° Le chirurgien se gardera de porter un pronostic bénin dans les tumeurs myxomateuses des membres avant d'avoir pratiqué un examen histologique complet Il ne devra pas oublier qu'un grand nombre de ces néoplasmes se comportent comme les pires sarcomes. Un optimisme exagéré exposerait à de graves mécomptes.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Richet a expérimenté la suralimentation carnée chez des chiens rendus tuberculeux. Il a obtenu des survies remarquables chez ces animaux.

Société de Chirurgie. — Dans les cas douteux de grossesse extra-intérine, M. Routier conseille d'ouvrir d'abord le cul-de-sac postérieur, quitte à pratiquer la laparotomie, si besoin est.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Gaucher a observé un cas d'intoxication mercurielle mortelle consécutive à des injections de calomel.

Société de Biologie. — M. Bonnet a observé des troubles nerveux et un tremblement continu des membres supérieurs chez un addisonnien, à la suite d'injections d'extrait de capsules surrénales de veau.

Société de Thérapeutique. — M. Pouchet recommande d'incorporer le trional dans de l'huile pour l'administration de ce médicament.

Analyses de Mémoires français & étrangers

I. — **Le sucre; sa valeur alimentaire; ses rapports avec le travail musculaire,** par Drouineau. *Gazette des hôpitaux,* 1899; pages 937-945.

Il n'y a pas bien longtemps encore qu'Arnould disait : le sucre est un condiment nuisible à forte dose, en raison des fermentations qu'il produit. Aujourd'hui, on dit que c'est un aliment, au même titre que le pain et la viande. Que faut-il en penser?

Bernard a établi que les organismes animaux peuvent former du sucre comme les végétaux et que le sucre formé aux dépens du glycogène du foie est versé dans le sang d'où il ne tarde pas à disparaître.

Il admettait qu'il se détruisait dans le poumon. Chauveau a montré que le sucre arrive intact dans les capillaires de la circulation générale où il est utilisé en partie par la création de la force vive, nécessaire au travail physiologique des tissus.

On avait reconnu depuis longtemps que les aliments subissent une transformation ultime en glucose et qu'il y a diminution du glycogène des muscles par le fait de leur activité. Le muscle qui travaille emprunte au sang trois fois et demie plus de sucre que le muscle au repos. Le travail musculaire est fonction de la combustion de la matière sucrée.

Les matières hydrocarbonées sont particulièrement propres à fournir l'énergie nécessaire aux besoins immédiats de l'organisme. Les matières albuminoïdes et les graisses sont, au contraire, propres surtout à fournir l'énergie destinée à être mise en réserve pour les besoins futurs. — Le sucre a d'autant plus d'importance au point de vue alimentaire qu'il facilite l'assimilation des autres aliments et modère la désassimilation. En outre, son pouvoir nutritif augmente dans l'épuisement de l'organisme, car il est alors immédiatement utilisé.

La moisson de la canne à sucre dans les Indes occidentales améliore beaucoup l'état de santé des nègres; à la fin de cette moisson, ils sont tous forts et gros. — Les coupeurs de bois du Canada mangent une grande quantité de mélasse; les bateliers de Java prennent exclusivement comme nourriture des morceaux de sucre pour poursuivre leur travail de rame très pénible.

M. Cagny a vu qu'avec un peu de sucre, un homme peut rester plus de 24 heures sans manger, tout en faisant une dépense musculaire manifeste. — Les coolies indiens consomment jusqu'à 150 gr. de sucre par jour ; les Arabes se contentent comme nourriture journalière d'une poignée de dattes.

Les gens très entraînés ont un penchant spécial pour les hydrates de carbone. Les alpinistes mâchent des pruneaux secs. M. Janssen offre, à ceux qui visitent son observatoire du Mont-Blanc, des infusions extrêmement sucrées afin de leur donner des jambes ; les cyclistes prennent des fruits sucrés, du thé sucré, et non du jus de viande.

Sur 30 centenaires, 5 font un usage excessif de sucre. — Mosso déclare que le sucre a un fort pouvoir dynamogène; des doses de 5 à 60 grammes développent dans le muscle fatigué la plus grande énergie. Schumberg dit que pour atteindre un travail musculaire considérable, l'usage du sucre et même de 30 grammes seulement, est particulièrement indiqué : la meilleure forme lui paraît être le chocolat, qui est un mélange de sucre, d'albumine et de graisse.

Le sucre calme la faim et la soif : dans l'armée, les expériences ont démontré qu'il est un moyen facile de ranimer rapidement les défaillances produites par la faim, la soif, la fatigue, le coup de chaleur.

On connaît les résultats obtenus par Bossi et par

Keim, en ce qui concerne l'excitation de l'utérus fatigué dans l'accouchement, à l'aide de l'administration de sucre ou de l'actose.

En fixant à 5 pour 100 la quantité de sucre que contient le lait de la femme, on voit qu'un nourrisson en absorbe 65 grammes par jour. Les enfants consomment naturellement assez de sucre pour leurs besoins. Mais en ce qui concerne la ration des adultes et particulièrement celle du soldat, il y aurait peut-être lieu de l'augmenter. On pourrait substituer, dans l'armée, le sucre à l'alcool ou au vin, quand on croit en devoir distribuer des rations, car le sucre produit la même stimulation que l'alcool, mais sans aucun danger. Mœrthel a dit, le 6 mars 1898, au Reichstag : « Je crois, comme de Moltke, qu'à Gravelotte, les Poméraniens seraient arrivés une demi-heure plus tôt, s'ils avaient pu avoir du sucre. »

Il n'y a pas lieu de craindre la glycosurie : elle n'apparaît guère qu'avec une ingestion d'une demi-livre de sucre. Mais les gens ne se livrant à aucun travail musculaire feront bien de se priver d'une alimentation trop sucrée.

***

II. — **Les lois de l'énergétique dans le régime du diabète sucré,** par E. Dufourt. *L'œuvre médico-chirurgicale*, n° 19, pages 659-697, août 1899.

On n'a jamais pu définir le diabète sucré autrement que par son symptôme capital : c'est une glycosurie persistante. Nul ne peut affirmer qu'un glycosurique, si légères que soient les pertes sucrées, n'est pas un diabétique au début de sa carrière.

Il n'est plus certain actuellement que toute glycosurie procède d'une hyperglycémie (diabète phloridrique, animaux dépancréatés récemment). Il y a, dans le diabète, diminution de la consommation du sucre dans l'intimité des tissus, et la théorie de l'hyperproduction sucrée doit être rejetée. Le diabétique brûle moins de sucre, mais il brûle en son lieu et place des albuminoïdes et des graisses, empruntés au besoin à ses tissus propres.

La première condition que doit réaliser le régime, c'est de couvrir exactement les pertes de l'économie. Sinon, le sujet empruntera à son organisme même de quoi fournir aux besoins de sa nutrition et il maigrira. Les oxydations ne sont pas diminuées chez les diabétiques et ils perdent en outre du glycose dont il faut remplacer la valeur. C'est pourquoi ils compensent leurs pertes par la polyphagie ; cette polyphagie entraîne l'azoturie, qui est beaucoup moins souvent pathologique qu'on ne l'a dit.

Il est naturellement indiqué de supprimer les amylacés et le sucre de l'alimentation. De tous les hydrocarbonés, le plus nuisible est le sucre de raisin ; puis vient l'amidon (pain, farine, pâtisseries, chocolat, pâtes, macaroni, vermicelle, riz, maïs, lentilles, pois, haricots). Le sucre de canne est à supprimer, ainsi que le miel, les fruits séchés, pruneaux, raisins secs, figues. On autorisera la mie de pain, si on ne peut remplacer ce dernier par les préparations destinées à prendre sa place : on pourra lui substituer la pomme de terre bouillie. Toutes les variétés d'aliments albuminoïdes sont permises, ainsi que la plupart des légumes.

L'emploi judicieux des graisses permet de supprimer les hydrates de carbone, tout en fournissant à l'économie les calories nécessaires pour sa nutrition ; on pourra faire ingérer 120 grammes de beurre et 30 grammes d'huile d'olives, sous quelque forme que ce soit. On se servira du lard, des cervelles, des jaunes d'œufs.

L'augmentation de la viande au-delà d'une certaine proportion, produit un redoublement de la glycosurie.

Le vin ne vaut guère que par l'alcool qu'il contient ; l'alcool facilite l'ingestion des graisses, malheureusement sa nocivité est grande à partir d'une certaine dose. Il ne faut pas dépasser un litre de vin rouge, plus tonique que le blanc. Il faut exclure les alcools à proprement parler : le thé et le café n'ont aucune importance au point de vue nutritif. Les vins mousseux sont à proscrire, de même que la bière. Le lait est théoriquement à rejeter.

Le reproche le plus grave qu'on fasse au régime adipo-carné, c'est de faciliter le coma. Ce qu'il faudrait donner aux diabétiques pour prévenir ce coma, ce n'est pas seulement du sucre, mais c'est le moyen de l'utiliser. Le coma paraît être un aboutissant naturel de l'évolution de la maladie ; il survient quand la charpente de l'économie est touchée. Lorsque la désassimilation albuminoïde est massive, les éléments nerveux centraux traduisent leur atteinte par une réaction paralytique. La meilleure manière de prévenir le coma, c'est d'empêcher le déficit dans le bilan azoté.

I.

VARIÉTÉS

Une femme peut-elle être têtée par une couleuvre ?

En 1869, dit le Dr Malboux, alors que j'étais aide-major aux hôpitaux de la division d'Alger, je fus attaché pour assurer le service médical sur les chantiers du tunnel d'Adelia. Il y avait là environ 1.500 ouvriers français, espagnols et italiens, dont un certain nombre étaient mariés et habitaient des gourbis faits avec des branchages et de la terre glaise.

Lors d'une de mes tournées matinales sur les chantiers je fus appelé par une jeune femme que j'avais accouchée deux mois auparavant; elle me montra son enfant qui dépérissait, et me dit que depuis quelques jours son lait n'était plus bon, que souvent le matin ses seins étaient complètement vides et flasques. Cela arrivait après des nuits où elle avait éprouvé un malaise inexplicable, une sorte de cauchemar consistant dans la sensation d'un poids énorme sur la poitrine, dans un refroidissement de tout le corps avec impossiblité de remuer et même de crier. Je ne sais pas combien de temps cela dure, me dit cette femme, mais même lorsque je ne sens plus le poids qui m'étouffe, je suis anéantie jusqu'au matin. « C'est comme une bête qui vient se coucher sur moi, et on dirait qu'elle me tire mon lait. »

La chose lui serait arrivée quatre fois depuis une huitaine de jours, c'est-à-dire depuis que son mari avait pris le service de nuit dans le tunnel. Ce dernier, bien que constatant l'état de fatigue de sa femme, se moquait de ses craintes.

Sans partager les idées de ma cliente, quant à la concurrence faite à son nourrisson par une des couleuvres, qui abondaient d'ailleurs dans le pays, je fus bien obligé de constater la diminution de quantité et de qualité de son lait sans y trouver une explication satisfaisante.

Deux jours après, je fus appelé en toute hâte chez cette femme, je la trouvai dans un état demi-syncopal, les membres secoués par des mouvements convulsifs, rien de grave d'ailleurs. Son mari me raconta qu'un accident ayant fait suspendre le travail dans le milieu de la nuit, il était rentré chez lui, qu'il avait trouvé sa femme comme paralysée dans son lit, et qu'en la découvrant il avait trouvé, roulée sur sa poitrine, une énorme couleuvre; il me montra, en dehors du gourbi, le reptile qu'il avait tué : je le fis ouvrir et trouvai du lait dans l'estomac.

La femme s'était ranimée après le retour de son mari, mais elle retombait en faiblesse en tordant ses membres et c'est pour cela qu'on m'avait envoyé chercher. Ce malaise se dissipa rapidement, et cette femme que j'ai pu suivre encore pendant plusieurs mois redevint l'excellente nourrice qu'elle était auparavant.

Il me semble difficile de contester la valeur de ce fait en faveur du goût des serpents pour le lait et de leur aptitude pour la succion. On pourra dire que cette couleuvre n'a pas été surprise têtant la femme et qu'elle pouvait avoir bu ailleurs le lait trouvé dans son estomac. C'est possible, mais alors pourquoi les seins de la femme étaient-ils vides à la suite de ces visites nocturnes ? (*Lyon méd.*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

L'Association des Anciens Internes des Hôpitaux de Lille a tenu sa réunion annuelle, dimanche 26 novembre, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Le bureau pour l'année 1900 a été ainsi constitué :

Président, M. Looten. — Vice-présidents, MM. Dubar et Boulogne. — Trésorier, M. Legrand (de La Bassée). — Secrétaire général, M. Painblan. — Secrétaire adjoint, M. Vandeputte.

Les jurys pour les concours de l'Internat ont été composés de la façon suivante :

Concours de Médecine : MM. Curtis, Patoir et Boulogne. — Suppléant, M. Lefèvre.

Concours de Chirurgie : MM. Brulant, Gaudier et Lambret. — Suppléant, M. Legrand (de Lille).

L'Assemblée a émis le vœu que l'Interne lauréat ait la faculté d'accomplir une année supplémentaire d'internat.

Le concours pour le prix aura lieu en juillet 1900.

Après l'assemblée, un banquet très bien servi a réuni, chez Divoir, les Anciens Internes. Inutile d'ajouter que les vieux refrains de la salle de garde, n'ont cessé de retentir jusqu'à une heure assez avancée.

Soutenances de thèses

M. J.-F.-O.-R. Beaugrand, de Lille (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 1er décembre, sa thèse de doctorat (5e série, n° 142), intitulée : **Paralysies traumatiques des muscles de l'œil (d'origine orbitaire).**

M. G.-E. Brongniart, d'Arras (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le vendredi 1er décembre, sa thèse de doctorat (5e série, n° 140), intitulée : **Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'hypersécrétion sudorale chez les tuberculeux.**

M. J.-V. Lamotte, d'Athis, de l'Orne, a soutenu, avec succès, le samedi 2 décembre, sa thèse de doctorat (5e série, n° 141), intitulée : **De la conduite à tenir dans le cours d'une attaque aiguë d'appendicite.**

— Un ancien élève de l'Université de Lille, le Dr Hénaux, a subi avec succès, au Hâvre, le 3 novembre, les épreuves nécessaires à l'obtention du **diplôme de médecin sanitaire maritime.** Nos félicitations à notre jeune confrère, parti il y a quelques jours à Madagascar.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — A été promu au grade d'officier : M. le docteur Piette, de Caudry (Nord), président du Conseil général de la Seine.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. Bernard, de Toulon (Var); Frémy (Henry), de Paris;

M. Lhomme, aide-major de 1re classe, à Pau. Ancien élève de la Faculté de Lille, notre confrère « laisse d'unanimes regrets parmi ceux qui l'ont connu et ont pu apprécier ses qualités d'esprit et de cœur ». Nous adressons à sa veuve nos bien sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

La Gastrostomie, par le Dr J. Braquehaye, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien de l'Hôpital de Tunis. 1 vol. in-16 de 96 pages et figures, cartonné : 1 fr. 50.

La gastrostomie est une opération destinée à établir une bouche stomacale pour nourrir les malades dont l'œsophage ne permet plus le passage normal des aliments, pour mettre ce conduit au repos, en enlevant les causes d'irritation dues à la déglutition journalière du bol alimentaire et, lorsque c'est possible, pour attaquer par en bas les sténoses œsophagiennes.

Cette opération, autrefois considérée comme fatale, est devenue, grâce à l'antiseptie, grâce à une technique meilleure, et, grâce aussi à une indication plus logique, une intervention courante, presque sans gravité, parant toujours aux affres de la faim et amenant parfois la guérison radicale d'une maladie mortelle par sa propre évolution.

M. Braquehaye vient de publier, dans les *Actualités médicales*, une très intéressante monographie sur la *gastrostomie*. Après un court historique, il étudie les indications et les contre-indications. Puis, après quelques considérations anatomiques, il traite longuement du manuel opératoire.

Les procédés de gastrostomie sont extrêmement nombreux. Sans s'attarder aux méthodes anciennes, abandonnées aujourd'hui, il décrit d'abord la gastrostomie simple, schématique en quelque sorte, puis il passe en revue les 24 procédés actuels des principaux chirurgiens français et étrangers. Il donne son avis sur le choix d'un procédé.

Il parle ensuite des soins consécutifs à l'opération, du traitement des accidents immédiats et des résultats cliniques de l'opération. Il termine par le pronostic opératoire et des statistiques.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Statistique des opérations pratiquées à Marseille en 1898,** par le docteur Pantaloni, extrait des *Archives provinciales de chirurgie*, 1898.

— **Statistique des opérations pratiquées au Mans en 1898** par le docteur Delagenière, *Institut international de bibliographie scientifique*, 1899, Paris.

— **Le papillome du bassinet,** par le docteur Pantaloni, extrait des *Archives provinciales de chirurgie*, 1899.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

47e semaine, du 19 au 25 novembre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	9
3 mois à un an	2	5
1 an à 2 ans	4	4
2 à 5 ans	1	5
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	8	4
40 à 60 ans	5	6
60 à 80 ans	8	11
80 ans et au-dessus	»	5
Total	41	51

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	7	15	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	6	»	4	»	»	1	»	»	»	»	»	3	14	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	5	2	6	»	»	2	»	»	»	»	»	6	22	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	1	1	»	»	»	»	2	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	3	12	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	5	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	3	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	4	13	9
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5
Total	»	1	1	1	»	1	»	2	21	8	13	»	»	13	»	»	»	»	»	31	92	112

N° 152. Troisième Année, N° 50. Le Numéro : **10** centimes. 10 Décembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à l'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1er janvier.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement chirurgical de l'appendicite

Par le médecin principal **Moty**,
professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

L'appendicite qui a fait, il y a vingt ans à peine, son apparition dans le cadre nosologique, a passé depuis lors par bien des phases. Il y a dix ans, nous disions timidement qu'il fallait ouvrir sans hésitation les abcès abdominaux appendiculaires, mais qu'on n'était autorisé à ouvrir l'abdomen pour une appendicite non suppurée, qu'en cas de récidives multiples et, particulièrement, en cas de persistance d'un point douloureux avec noyau d'induration profond au milieu de la ligne ilio-pubienne.

Trois ans après, Roux, avec une magnifique série de 300 succès, venait déclarer au congrès de chirurgie : « que les » sujets atteints d'appendicite n'étaient tranquilles qu'une » fois leur appendice en poche » et démontrait ainsi que l'ablation de l'appendice « à froid » n'est plus aussi grave qu'on le croyait auparavant et qu'il semble y avoir tout avantage à opérer tout malade qui le demande, même après une seule atteinte.

Telle était la position de la question quand DIEULAFOY vint déclarer à son tour à l'Académie que toute appendicite devait être opérée dès qu'elle était reconnue, le traitement médical de la maladie ne paraissant donner aucun résultat.

Cette opinion radicale devait naturellement susciter de nombreuses protestations, et, bien que ses partisans deviennent chaque jour plus nombreux, il s'en faut encore que tout ait été dit et que la question soit épuisée ; nous ignorons, en effet, quelle est la nature exacte de l'appendicite dite idiopathique ou folliculite appendiculaire, nous ignorons en outre pourquoi cette forme d'appendicite, de beaucoup la plus fréquente, entraîne une réaction péritonéale si sérieuse pour des lésions matérielles d'apparence si légères, tandis que les ulcères, bien autrement étendus et profonds de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie, ne retentissent sur le péritoine que très exceptionnellement, et seulement, pour ainsi dire, en cas de perforation.

Bien qu'il soit facile d'invoquer diverses raisons hypothétiques pour expliquer ces différences de réactions, il faut bien convenir que la science est encore mal documentée de ce côté ; c'est pourquoi nous estimons qu'il n'est pas démontré que le traitement médical de l'appendicite soit nécessairement frappé d'impuissance dans le présent et dans l'avenir.

En outre, les opérations pratiquées, en pleine période aiguë de l'appendicite, offrent une gravité que personne ne conteste et en appliquant brutalement à l'appendicite à cette période le précepte d'intervenir sans délai, on

risquerait de perdre des malades qui auraient pu être opérés ultérieurement avec succès.

Par contre, il est établi que les attaques répétées d'appendicite amènent des désordres plus ou moins graves dans les organes abdominaux et qu'outre ses dangers immédiats par complication de péritonite généralisée, l'appendicite menace encore ses victimes de complications éloignées de plus en plus profondes au fur et à mesure de la répétition des atteintes ; de plus, en présence d'une attaque d'appendicite, il est impossible de déterminer avec certitude quelle doit être la marche prochaine de la maladie.

Il y aurait bien d'autres données à mettre en avant et à peser, tant à faveur des radicaux que des modérés, mais cela nous entraînerait trop loin. Nous en avons dit assez pour montrer que la discussion continue et que la question doit rester longtemps encore, peut-être, à l'ordre du jour des sociétés savantes. Que doivent donc faire aujourd'hui les médecins et chirurgiens en présence d'un cas d'appendicite bien diagnostiqué ?

Il nous paraît impossible de répondre à cette question sans l'analyser d'abord, et bien que devenant nous-même de plus en plus interventionniste, nous croyons indispensable dans l'intérêt même de l'intervention, de poser aussi nettement que possible ses indications, sans dissimuler les incertitudes qui les entourent encore.

Les appendicites relevant, sans conteste, de plusieurs causes, affectent aussi des allures différentes, et le chirurgien doit être à même de se tracer une ligne de conduite à l'une quelconque des phases de la maladie. Tel est le point de vue pratique auquel il faut se placer, pour répondre à la question posée plus haut.

Passons donc en revue les principaux syndromes susceptibles de constituer des indications opératoires.

1° *Appendicite simple avec péritonite localisée.*

La maladie est en évolution, il y a douleurs vives dans le flanc droit, de la fièvre, et le pouls est aux environs de 100. Faut-il opérer? Dans une seule circonstance, selon nous ; celle où l'on n'est pas à même de suivre de près le malade ; dans le cas contraire, j'ai recours aux moyens médicaux, bismuth (*sous-nitrate ou salicylate*) en dilution ou en cachets, de manière à entretenir un courant bismuthé permanent dans le tube digestif ; opium, chlorhydrate de morphine, quinine suivant l'état du malade. Alors, de deux choses l'une : ou bien le pouls, exactement relevé lors du premier examen, a augmenté de fréquence dans les heures qui suivent, ou bien il est resté à son chiffre primitif s'il n'est pas descendu.

Dans le premier cas, je crois l'intervention indiquée, quand le pouls a dépassé 100 chez l'adulte et 110 chez l'enfant ; dans le second, l'expectation me paraît préférable. On voit en effet presque toujours alors le malade revenir assez rapidement à la santé et l'on se trouve bientôt dans l'un des cas que nous examinerons plus loin, à moins qu'un retour offensif de la maladie ne vienne interrompre l'expectation et forcer la main du chirurgien. Inutile de rappeler que ce qui motive cet ajournement de l'intervention à une date indéterminée, c'est la gravité relative de cette dernière pendant la poussée péritonique.

2° *Il y a péritonite généralisée.*

Dans ce cas opérez sans illusions, en évitant le chloroforme et en usant largement des injections de sérum ; opérez surtout si l'état est grave, car l'intervention reste à peu près la seule chance de salut.

3° *Il y a abcès manifeste.*

Opérez immédiatement.

4° *On sent un empâtement profond.*

Opérez encore, mais en choisissant votre moment.

5° *L'attaque est terminée, tout est rentré dans l'ordre, mais il y a eu plusieurs attaques antérieures.*

Opérez encore, mais en attendant quelques jours, et même un mois, si les attaques précédentes ont été largement espacées. Ce délai permettant aux adhérences de se libérer presque complètement (Roux).

6° *La résolution est complète ; il s'agit d'une première atteinte.*

C'est ici le point délicat.

Les ressources de la nature sont surprenantes et les observateurs de bonne foi se demandent bien souvent, après des opérations d'appendicite, si leur intervention était réellement utile ; tantôt, on trouve un appendice perforé, mais cicatrisé et oblitéré du côté central ; tantôt un corps étranger a émigré dans le péritoine et s'y est logé plus ou moins loin de son point de départ avec les plus grandes chances de passer peu à peu dans l'intestin grêle et d'être éliminé par les selles (*l'intestin grêle a seul la propriété de s'incorporer les corps étrangers péritonéaux* (Roux)) ; tantôt on ne trouve absolument rien au premier abord et et il faut examiner à la loupe et même au microscope la muqueuse de l'appendice réséqué pour y découvrir les traces d'une inflammation des follicules muqueux. Que doit alors se répondre le chirurgien ? En ce qui me concerne, je me contente d'observer et de réunir les faits et je me déclare hors d'état de répondre ; je possède d'ailleurs, comme la plupart des chirurgiens, un certain nombre de cas qui n'ont pas été opérés et qui *paraissent* définitivement guéris. Mais comme nous n'avons aucun signe permettant de pronostiquer avec certitude cette heureuse terminaison, nous devons envisager autrement la question et la formuler avec les interventionnistes intransigeants de la manière suivante : les récidives sont fréquentes et dangereuses, l'opération n'est pas grave : opérez donc toujours, l'opération fera moins de victimes que les récidives.

Cette conception hardie rallie des adhérents de plus en plus nombreux et convaincus : les anciens timides deviennent audacieux et les réserves que beaucoup faisaient au début se réduisent de plus en plus malgré quelques insuccès retentissants. Bref, il est évident aujourd'hui que l'avenir est à l'intervention, mais à une condition, c'est qu'elle possède un procédé d'obturation hermétique, solide et simple du moignon ilio-cœcal. Tout chirurgien, sûr de son asepsie et de l'oblitération absolue du moignon, est donc fondé à proposer l'opération à tout malade atteint d'appendicite, sous la seule réserve d'un état suffisamment bon.

PROCÉDÉS D'INTERVENTION

A. *Abcès appendiculaires.* — On sait que leur siège est variable ; on les rencontre le plus souvent au-dessus de la moitié externe du ligament de Poupart, mais ils peuvent se présenter vers l'ombilic, vers la région lombaire et même à la cuisse en passant par le canal crural ou le trou obturateur ou à la fesse en suivant le sciatique. Ils sont presque toujours limités par des adhérences fibreuses qui deviennent très solides en peu de jours du côté de l'abdomen ; la poche purulente refoule d'ailleurs en arrière et vers la gauche tous les organes voisins et peut, en conséquence, être ouverte sans aucun danger.

Si l'abcès soulève la paroi abdominale et s'il présente une fluctuation nette en dehors du trajet de l'épigastrique, je fais, au centre du cercle phlegmoneux, une injection de cocaïne au centième, puis, j'enfonce lentement un bistouri à lame étroite, dans la tumeur, et dès que le pus apparaît, j'engage une sonde cannelée à la place du bistouri, je débride assez largement, c'est-à-dire sur une étendue de deux ou trois centimètres, et je place un gros drain. Le pus de ces abcès présente une odeur infecte ; je crois donc utile de ne pas compliquer l'intervention par de longues recherches.

Si on ne trouve qu'un empâtement profond dans la fosse iliaque, une large incision est nécessaire, elle doit être placée à deux travers de doigt, tout au plus, au-dessus du ligament de Poupart et respecter le péritoine ; on récline cette membrane en dedans, et l'on arrive sur une masse dure, quelquefois ligneuse, à laquelle péritoine et muscles adhèrent solidement ; cette masse est recouverte d'une couche fibreuse, quelquefois très épaisse, et donnant l'impression d'une lame de cuir ; on la traverse avec précaution avec le bec de la sonde cannelée, en l'attaquant par son milieu, et dès que le pus apparaît, on élargit la déchirure ; on engage les index dans l'orifice obtenu et on le débride autant qu'il est nécessaire sans la moindre hémorrhagie.

Une question se présente alors comme dans le cas précédent, faut-il rechercher l'appendice ? oui, certainement, il faut explorer le foyer par la vue et le toucher après l'avoir abstergé, et cueillir l'appendice s'il se présente, mais c'est tout. Il est, à notre avis, absolument contre-indiqué de s'engager, sans guide certain, dans la paroi fongueuse de l'abcès ; car le résultat le plus clair de cette manœuvre est une perte de temps stérile et l'on risque, en outre, d'ouvrir malencontreusement la cavité péritonéale si l'on s'obstine trop dans ses recherches. Le mieux est donc de procéder comme il suit :

Cocaïnisation avec la solution au centième ; incision de la paroi ; ouverture de la cavité de l'abcès et lavage de ses parois avec une solution antiseptique chaude ou abstersion avec des tampons montés, plongés dans l'eau bouillante et enfin mise en place d'un gros drain.

Il va de soi que la réunion ne doit pas se faire pour les abcès affleurant la paroi et qui n'ont été débridés que sur une petite étendue en vue d'éviter les interventions consécutives. Ce débridement de deux ou trois centimètres m'a toujours paru suffisant pour l'écoulement du pus et sans danger pour la solidité de la paroi. En cas d'abcès profond, il sera bon de faire une réunion partielle si l'on a dû pratiquer une grande incision, mais il faut savoir que la suture court grand risque de ne pas tenir si l'abcès est très septique ; on agira donc suivant les circonstances en se réservant, au besoin, le secours d'une suture secondaire.

Si l'appendice se présentait, on procéderait comme nous l'indiquerons plus loin. Ces cas d'abcès appendiculaires constituent l'une des formes les moins graves de l'appendicite suppurée quand ils n'ont pas fusé trop loin, car ils se terminent le plus souvent par guérison sans nouvelle intervention, même quand l'appendice est resté en place et si des récidives surviennent, le pus reprend le chemin qui lui a été tracé par la première incision et la vie du malade est moins en danger qu'à la première atteinte. On voit qu'ici l'intervention est réduite au maximum de simplicité ; nous allons examiner les autres cas d'intervention dans l'ordre des complications qu'ils présentent.

APPENDICITE RÉSOLUE

A cette période, l'appendicite ne se révèle souvent que par les commémoratifs et une douleur à la pression signalée par le malade en un point variable du flanc droit ; si la résolution est complète, le chirurgien ne rencontre absolument rien sous ses doigts explorateurs et le malade lui-même accuse très peu de douleur. Les ablations d'appendice faites dans cette période réussissent presque toujours et doivent même, pour ainsi dire, toujours réussir ; c'est à cette condition seulement que le précepte d'opérer dès la première atteinte finira par triompher. Voici, en quelques mots, le procédé qui nous a paru le plus avantageux.

1° Antisepsie cutanée, cocaïnisation ou chloroformisation suivant les malades et suivant le plus ou moins de probabilités d'appendicite libre, incision de huit à dix centimètres

parallèle au pli de l'aine droite et placée à deux doigts de ce repère, ouverture de la paroi avec le bistouri ou les ciseaux, ouverture du péritoine, recherche de l'appendice: il est rare que ce dernier se présente d'emblée, mais on se se trouve en tout cas en face du cœcum ; s'il y a des adhérences lâches entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral on les rompt doucement avec les doigts et en attirant dans la plaie la partie inférieure du cœcum on amène avec lui l'appendice ; nous laissons à dessein de côté pour le paragraphe suivant les cas où l'appendice ne paraît pas et ceux où il est perforé contre toute attente.

Une fois l'appendice amené dans le champ opératoire, je le saisis à un centimètre de son attache avec une pince en T à forte pression, puis, je place un nœud de catgut fin sur son méso que je sectionne ; l'appendice se trouve ainsi tout à fait libéré ; je place alors sur lui, immédiatement au-dessus de ma pince, un second fil de catgut que je serre le plus possible de manière à refouler la muqueuse, déjà section née par la pression de l'instrument, et à l'invaginer légèrement par la nouvelle pression de l'anneau constricteur, puis je recule ma pince de deux ou trois millimètres en desserrant ses mors le moins possible et je place deux autres ligatures de catgut bien serrées derrière la première sur la portion écrasée par la pince ; enfin, reculant encore ma pince si la chose paraît nécessaire, je sectionne lentement au thermocautère contre ses mors sans craindre de griller un peu ma deuxième ligature ; l'appendice est ainsi détaché ; aucun lavage n'est nécessaire ensuite ; après torsion des artères, il n'y a qu'à réunir immédiatement la paroi abdominale par une suture péritonéale en surjet au catgut ; une autre suture solide au catgut pour la couche musculo-aponévrotique et enfin une troisième en surjet aux crins de cheval pour la peau. Pansement sec au bismuth.

Il va sans dire que les ligatures multiples de l'appendice peuvent se faire avec n'importe quel fil aseptique, pourvu qu'il soit solide, mais le catgut fin stérilisé au formol réussit bien.

APPENDICITE EN RÉSOLUTION INCOMPLÈTE

J'arrive maintenant aux cas où l'on sent à la palpation dans la fosse iliaque droite, des nodosités profondes qui rappellent un peu la sensation donnée par les ganglions profonds peu développés. Ces nodosités correspondent ordinairement à des adhérences épiploïques plus ou moins dures qui contribuent à isoler du péritoine les points septiques qui le menaçaient. La chloroformisation me paraît indiquée dans ces cas en raison de la recherche quelquefois très laborieuse de l'appendice.

L'opération marche d'ailleurs comme dans le cas précédent jusqu'au moment de cette recherche ; une fois le péritoine ouvert, on déchire avec précaution les adhérences fibrineuses lâches qui recouvrent le cœcum, on récline l'épiploon en haut quand il se présente et l'on va droit au point induré. C'est alors que commencent les difficultés car l'appendice semble avoir disparu ; si l'épiploon adhère en ce point, on commence par réséquer, après ligature, toute la partie adhérente que l'on détache ensuite avec précaution en plaçant des compresses stériles autour d'elle en prévision d'une irruption de pus ou de matières intestinales, et quand on a réussi, on recherche l'insertion cœcale de l'appendice ; si l'on peut passer une sonde ou le doigt au-dessous de cette insertion on a fait un grand pas et l'on peut procéder à sa ligature par la méthode indiquée plus haut, en surveillant bien la mise en place de la pince et sectionner ensuite au thermo ; on détache ensuite les adhérences qui retiennent l'appendice en les déchirant ou en les sectionnant aux ciseaux quand elles sont trop résistantes et en plaçant des pinces sur les vaisseaux qui donnent ; si l'appendice est dirigé en bas, il ne faut pas perdre de vue que l'on est sur les vaisseaux iliaques, aussi, le doigt vaut-il mieux que les instruments pour agir dans la profondeur.

Quand on ne réussit pas à isoler l'origine de l'appendice il est à prévoir que l'organe est remonté en haut en arrière, il n'y a d'ailleurs qu'à se porter du côté de l'induration pour arriver, avec un peu de patience à réussir dans sa recherche, dans cette position postéro-externe, il ne conservé ordinairement aucun rapport avec l'épiploon et la difficulté réside uniquement dans la solidité des adhérences néopéritonéales qui le recouvrent.

Il importe de n'exercer aucune pression sur l'organe recherché, tant qu'on n'est pas certain d'être à l'abri d'une fusée de pus ; il faut en outre assurer avec le plus grand soin l'hémostase au moyen de pinces à torsion ou de ligatures, car l'opération n'est réellement terminée que lorsque le champ opératoire est parfaitement sec.

Une fois l'appendice enlevé et l'hémostase obtenue, j'ébouillante avec ménagement les parties indurées et je ferme la paroi comme il a été dit plus haut, mais en laissant un gros drain en rapport avec le foyer morbide pendant quatre à huit jours, suivant la marche de la suppuration, qui est habituellement faible et de courte durée. La soie et le fil ordinaire aseptique sont aussi bons que le catgut, il suffit que le lien soit assez résistant pour permettre une oblitération complète de la lumière de l'appendice, oblitération facilitée d'ailleurs par son écrasement préalable.

APPENDICITE AIGUË GRAVE

D'après ce qui est dit plus haut, nous ne considérons l'intervention comme urgente en cas d'appendicite aiguë, que dans certains cas déterminés : l'impossibilité de suivre le malade, la marche progressive de la péritonite avec

accélération du pouls, et enfin l'état, grave d'emblée, ne permettant pas d'escompter une réaction favorable. J'ajoute que je crois du devoir du chirurgien d'opérer cette dernière catégorie de cas, quelque faibles que soient les chances de succès, car si rares que doivent être les guérisons, la presque totalité d'entre elles constitueront des existences sauvées.

L'opération en elle-même, quant aux points qui peuvent être réglés, ne diffère pas de ce qu'elle est dans l'appendicite chronique prise « à froid », mais deux précautions me paraissent importantes.

1° Commencer immédiatement une injection de sérum dans le flanc gauche avant d'entreprendre l'opération.

2° Ne pas employer le chloroforme. Il importe, en effet, avant tout, de relever l'état du malade et de ne pas aggraver par les hypnotiques le collapsus et l'état nauséeux déjà très accusés chez lui; de plus, s'il s'agit d'une première atteinte, la recherche de l'appendice n'offre pas de difficultés et l'on n'a pas à craindre de contaminer le péritoine déjà infecté; l'opération peut donc se terminer rapidement, surtout si la réunion est ajournée quelques heures ou quelques jours suivant les lésions constatées; c'est là d'ailleurs un point dont le chirurgien doit décider sur la table d'opérations.

Une dernière question se pose; doit-on laver le péritoine enflammé? En ce qui me concerne, je n'ai eu qu'à me louer d'avoir inondé largement d'eau boriquée à + 40°, un péritoine contaminé par l'éclatement d'un intestin; la péritonite s'arrêta net; mais il faut remarquer qu'elle avait été prise tout à fait à son début; il n'en serait pas de même en cas d'épanchement péritonéal abondant, résultat d'une infection plus profonde. On peut donc régler sa conduite sur l'état du péritoine, mais je reste convaincu qu'une abstersion du foyer périappendiculaire avec des tampons d'eau très chaude ne peut être que favorable à la marche ultérieure de la péritonite et au relèvement immédiat du malade.

Le pansement ne m'arrêtera pas longtemps; nous saupoudrons la peau de sous-nitrate ou de salicylate de bismuth, autour de la plaie opératoire, surtout si la réunion n'a pas été faite; nous pansons à la gaze au sublimé chaude et sèche, recouverte d'un tampon de ouate hydrophile plus ou moins épais et nous maintenons le tout par un bandage de corps renforcé d'un spica de l'aine avec une bande en toile solide.

Le régime et le traitement des opérés d'appendicite sont d'ordre plus médical que chirurgical, mais comme il n'est pas permis au chirurgien de se récuser quand il s'agit d'assurer les résultats de son intervention, nous dirons quelques mots à ce sujet : la diète d'aliments solides s'impose le premier jour ; dans la suite, l'alimentation se règle sur l'état du malade. Si le collapsus est profond les injections de sérum artificiel cellulaires ou veineuses sont indiquées jusqu'à relèvement du pouls ; à l'intérieur, nous restons, pour les deux premiers jours, partisan de l'opium qui assure aux malades un calme bienfaisant dont il n'y a pas de raison de leur refuser le bénéfice ; s'il vient de la constipation, on administre un lavement laxatif au quatrième ou sixième jour. La purgation hâtive ne nous paraît avoir d'intérêt que parce qu'elle rompt audacieusement en visière avec les vieux préjugés, la pratique de ceux qui l'ont adoptée montre que l'on peut sans danger purger immédiatement bon nombre d'opérés d'appendicite, mais elle ne démontre ni que la purgation soit nécessaire, ni qu'elle soit toujours sans inconvénients ; il est donc sage de s'en tenir au vieux proverbe : « Dans le doute, abstiens-toi, » et de laisser faire la nature tant qu'on n'est pas forcé d'agir autrement.

Nous avons résumé dans ce court travail les résultats de notre expérience personnelle et nous ne saurions les résumer davantage ; bornons-nous donc à conclure que tout n'est pas dit en ce qui concerne l'histoire de l'appendicite, que les interventionnistes intransigeants gagnent tous les jours du terrain mais que leur conduite ne pourrait être érigée en règle que dans les services hospitaliers; dans la pratique courante, les médecins chargés de diriger le traitement doivent mettre en balance la marche du cas en observation et la possibilité de réaliser une intervention plus ou moins prochaine avec plus ou moins de garanties de succès et ne pas perdre de vue les difficultés qu'offre parfois le diagnostic. En un mot, l'intervention n'est pas grave par elle-même quand elle est faite à propos par un chirurgien exercé et par un bon procédé, mais ce serait une faute que de s'adresser aveuglément à elle sans avoir analysé d'abord au point de vue du cas particulier les indications d'une opération qui a donné et qui donnera certainement encore une proportion d'insuccès notable en raison même du terrain septique sur lequel manœuvrera toujours le chirurgien dans les formes aiguës de la maladie.

Coprostase et Fièvre

par le Docteur G. **Carrière**, agrégé,
Chef du laboratoire des cliniques.

Le nouvel article de M. Ingelrans renfermant quelques arguments à combattre, je me vois obligé d'importuner les lecteurs de l'*Echo* de cette question si... palpitante. Je serai aussi bref que possible.

Dans son ensemble l'article de M. Ingelrans ne renferme aucun fait nouveau, mais nombre d'arguments peu précis et vagues, surtout pris à côté du sujet qui nous occupe, voire même quelques inexactitudes.

Je passerais successivement en revue ses 13 chefs d'argumentation :

1° J'ai établi que dans la coprostase il y avait pullulation microbienne. Il fallait s'en douter, dit M. Ingelrans. *C'est une critique fort commode !* A ce compte je crois qu'on se doute de bien des choses qu'il faudrait démontrer. Je crois y être parvenu expérimentalement.

2° J'ai établi que le coli-bacille, à la suite de la coprostase, devenait hypervirulent. Il y a longtemps que l'on sait que le coli-bacille est parfois virulent chez des sujets normaux et je n'avais pas cru qu'il fût nécessaire de le prouver à l'aide d'une bibliographie bien plus longue encore que celle rapportée par M. Ingelrans.

Ce que j'ai surtout démontré c'est que le *coli-bacille non virulent avant la coprostase expérimentale, l'était constamment après — c'est que chez l'homme constipé il l'était presque toujours.*

Mon contradicteur ne me semble pas avoir très bien senti la portée de cette série d'expériences.

3° M. Ingelrans affirme, en se basant sur les expériences de Denys et Vandenbergh, sur celles de Marfan et Bernard, que le coli-bacille ne pénètre pas la muqueuse intestinale chez les sujets et les animaux sains.

Il ne peut invoquer cet argument. Les *sujets ou les animaux sains ne sont pas constipés,* et précisément la coprostase expérimentale, je viens de m'en convaincre, permet ce passage du coli-bacille dans la muqueuse et la paroi.

J'ai démontré jadis avec Castets qu'il suffisait d'une cause légère, un refroidissement, pour permettre ce passage chez le lapin.

Récemment, avec le docteur Vanverts, nous avons trouvé le coli-bacille dans la rate de presque tous nos lapins sains : d'où venait-il ? *La muqueuse intestinale peut laisser passer le coli-bacille sous l'influence de causes très minimes, comme la coprostase.*

4° On ne peut, dit M. Ingelrans, conclure de l'existence de microbes virulents dans l'intestin, à l'absorption de leur toxines ; le vibrion septique, hôte habituel de nos cavités digestives, ne produit pas l'intoxication. J'ai déjà qualifié cette manière de raisonner. Si le vibrion septique ou le coli-bacille virulent existent dans nos cavités digestives, nous ne sommes pas empoisonnés, parce qu'ils sont rejetés régulièrement de nos cavités. Il en est tout autrement lorsque les produits ne s'écoulent pas au dehors : dans ces conditions l'*absorption intestinale est possible.*

5° Mon contradicteur, admettant ensuite cette hypertoxicité *toxinienne,* veut se baser pour la réfuter sur mes récents travaux à propos de l'action des ferments digestifs sur les toxines. Je le soupçonne de ne pas avoir analysé ce travail en détail, car il y aurait lu :

a) Que ce sont les ferments de la partie supérieure du tube digestif qui détruisent les toxines (ptyaline, pepsine, pancréatine). Le rôle de l'épithélium du gros intestin est presque nul.

b) Que ces ferments n'agissent pas également sur tous les poisons : ils détruisent les uns, respectent les autres.

Enfin je pourrais lui répondre qu'il ne peut invoquer cette destruction des toxines par les ferments digestifs dans les expériences où j'ai injecté dans le tractus gastro-intestinal des *toxines* coli-bacillaires : l'intoxication ne s'en est pas moins produit en ce cas.

Enfin si ces moyens de défense suffisent dans un intestin normal, suffisent-ils dans un intestin constipé ?

Donc l'intoxication toxinienne est possible. Mais elle n'est pas tout, je l'ai dit : c'est une partie seulement de l'intoxication intestinale. A côté d'elle se trouve l'intoxication par les leucomaïnes, les ptomaïnes, les sels, etc.

6° L'indicanurie et l'hypertoxicité urinaire laissent M. Ingelrans rêveur : il croit à l'insuffisance hépatique. Nous ne l'avons jamais niée ; au contraire, sur les conseils de M. Oui, je l'ai recherchée cliniquement et expérimentalement. Dans mon dernier mémoire, j'ai essayé de la prouver.

Mes malades, à part l'hypertoxicité urinaire, n'avaient aucun signe d'insuffisance hépatique.

D'autre part, soit dit en passant, l'indican provient toujours de l'intestin (Hennige, Senator, Jaffé, Salkowski), c'est un très mauvais signe de l'insuffisance hépatique. L'indicanurie, l'hypertoxicité urinaire prouvent donc qu'il y a exagération des fermentations intestinales et résorption. En outre, l'augmentation considérable de la toxicité de l'extrait alcoolique des matières fécales chez les constipés me semble aussi démonstrative.

7° M. Ingelrans cherche à nous convaincre que dans sa pensée, dès son premier article, l'intoxication était le facteur essentiel de la fièvre. Je le veux bien.

mais il faut avouer qu'en ce cas, il faut savoir lire entre les lignes de ce qu'écrit mon contradicteur, et si, comme il le dit, cette idée était « implicitement » contenue dans son premier article, il faut avouer qu'implicitement on peu dire bien des choses : cette méthode n'a rien de la précision qu'implique toute méthode vraiment scientifique.

Sa première opinion était la suivante :

« *Ce n'est pas que les poisons circulants soient en plus* » *grande quantité, c'est que l'organisme y est plus sen-* » *sible*.

J'ai traduit : il n'y a pas hypertoxicité des milieux de l'organisme, il n'y a pas intoxication, il n'y a que susceptibilité réactionnelle plus grande.

Plus loin il écrit :

« *Les enfants constipés ont parfois de la fièvre... Est-ce* » *le fait de poisons intestinaux plus nocifs ? Non, c'est* » *que les enfants sont plus sensibles aux causes pyréto-* » *gènes* ».

« *Le terrain domine tout* », écrit-il plus loin encore.

Toutes ces citations prouvent l'importance qu'attribuait M. Ingelrans à l'intoxication dans la genèse des accidents hyperthermiques !

Si maintenant il écrit : « L'intoxication est le facteur essentiel de la fièvre », c'est évidemment qu'il a changé d'avis, c'est ce que j'ai précédemment démontré.

J'ai insisté précédemment sur l'idée première de mon contradicteur, je l'ai cité textuellement ; on jugera.

8° Comparant la longue durée d'un accouchement à la rapidité d'une opération, M. Ingelrans y voit la raison de la non existence de la fièvre chez les opérés de M. Delorme : leur système nerveux n'a pas été débilité. Pourquoi dès lors la fièvre se produit-elle chez les constipés opérés de tumeurs abdominales qui se trouvent dans les mêmes conditions de compression abdominale que les femmes enceintes ?

9° M. Ingelrans nous dit, en se basant sur de nombreux auteurs et manuels, que la fièvre commence à 38° ; et nous donne des températures normales journalières moyennes.

Je lui répondrai par des statistiques aussi imposantes que les siennes :

W. Barensprung dit que la température normale va de 36°31 à 37°48 ; J. Davy, de 36°44 à 37°17 ; Hallmann, de 36°63 à 37°36 ; Wunderlich, 36 50 à 37°25 ; Gierse, de 36°81 à 37°50 ; Liebermester, de 36°89 à 37 25 ; Jager, de 36 7 à 37°5.

Pour tous ces auteurs, pour Krehl, pour Liebermester, Senator, Hirtz, Vierordt et Unverricht il y a hyperthermie à partir de 37 6 ; c'est ce que j'ai dit.

10° Ce n'est qu'exceptionnellement, dit M. Ingelrans, que les malades de M. Delorme ont eu de la fièvre par constipation.

C'est exceptionnellement aussi qu'on l'observe chez les accouchées et chez les constipés.

11 Je n'ai nullement eu l'intention de dire que les hernies ou les hémorroïdes étaient des antagonistes de la fièvre. M. Ingelrans me croit d'une simplicité d'esprit vraiment remarquable. Ce que j'ai dit, c'est que ces malades, *atteints d'affections diverses, ne pouvaient se comparer à des sujets normaux, à des accouchées*.

12° M. Ingelrans tient à comparer la température axillaire des malades de M. Oui et la température rectale des miens. Je le veux bien, mais je lui répète qu'il ne peut le faire scientifiquement par une déduction admise, mais qui est souvent entachée d'erreur. La température moyenne de l'aisselle étant de 36°87, celle du rectum est en moyenne de 37°5. Il y a donc une différence de 8/10es et non de 4/10es de degré, comme le dit mon contradicteur.

13° M. Ingelrans ne veut pas admettre que des sujets normaux, constipés, puissent avoir de la fièvre, Je ne puis l'y obliger. J'ai apporté mes observations et j'ai dit :

Les sujets normaux, comme les accouchées et les opérées de tumeurs abdominales, peuvent présenter quelquefois des observations thermiques dues à la coprostase.

Sans doute je n'ai jamais eu 40° comme M. Budin. Cette observation me semble seulement confirmer ce que j'ai démontré expérimentalement sur le rôle du traumatisme dans l'absorption des poisons intestinaux.

J'en ai fini avec cette critique des treize arguments de M. Ingelrans ; on voit ce qu'il en reste. Je n'abuserai plus de la patience des lecteurs avant d'avoir accumulé des matériaux cliniques et expérimentaux nouveaux. Sans eux la lutte resterait stérile.

J'en ai déjà apporté quelques-uns.

M. Ingelrans trouve ma méthode sujette à caution. Je la crois plus exacte et plus scientifique surtout, (un peu plus difficile) il est vrai que celle qui consiste à glaner des hypothèses dans le champ si étendu de la

pathologie générale qui n'en renferme, hélas ! que trop.

Jusqu'à nouvel ordre, les lecteurs jugeront, en se basant sur les arguments versés au débat.

J'espère un jour prochain apporter une nouvelle contribution à l'étude de cette question et confirmer mes conclusions actuelles... à moins que je ne me range à l'avis de mon éminent contradicteur : ce ne sera, en tout cas, que lorsque celui-ci nous aura apporté des faits plus démonstratifs que ceux qu'il nous a soumis jusqu'à ce jour.

FAITS CLINIQUES

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL St-SAUVEUR

Vomissements hystériques incoercibles. — Laparotomie. — Constatation de contractions vermiculaires de l'intestin grêle. — Guérison.

par **M. G. Hèze,** Interne du service.

Le 29 mai dernier, entrait à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le Professeur Folet (salle Saint-Augustin, lit n° 19) une femme de 24 ans, Marie F...., habitant une commune des environs de Lille, amenée pour des vomissements absolument incoercibles. Ces vomissements avaient débuté il y a deux mois et, depuis lors, la malade avait été soumise en vain à tous les remèdes employés en pareil cas. En désespoir de cause, le médecin lui donne un billet d'hôpital.

Au début de l'interrogatoire elle nous apprend qu'elle est mariée, mais qu'elle est loin d'être heureuse : son mari ne lui ménage, dit-elle, ni injures ni coups. Une fois sur ce sujet, Marie F... s'en donne à cœur joie : des coups de pied dans le ventre sont cause de tout le mal et elle demande un certificat qui lui permette de faire « coffrer » son mari.

La malade ne présente aucun antécédent héréditaire. Son père et sa mère n'étaient pas nerveux ; son frère et sa sœur n'ont jamais eu de convulsions. Toujours bien réglée, cette femme n'a pas d'enfant et n'a jamais fait de perte.

A l'examen de la malade, l'estomac n'est pas dilaté. Le ventre plutôt rétracté se défend et se tend. Pourtant avec un peu de patience on arrive à déprimer la paroi, mais on ne sent ni tumeur ni gâteau. L'utérus, de volume normal, est mobile ; les culs-de-sac sont libres. Les annexes, un peu douloureuses, ne sont pas augmentées de volume.

Les vomissements sont toujours biliaires, jamais alimentaires. Depuis deux mois la malade vomit tous les jours et plusieurs fois par jour ; cependant, son état général est très satisfaisant. On pense aux vomissements de nature hystérique et une petite enquête nous apprend que Marie F ... a un caractère très bizarre ; elle pleure facilement et rit de même ; elle se met aisément dans de grandes colères qui se terminent toujours par une crise de larmes. Elle n'a jamais présenté ni convulsions dans l'enfance, ni crises nerveuses dans l'âge adulte. Brune aux yeux brillants et langoureux, sa physionomie reflète un état d'anxiété considérable peu en rapport avec ses souffrances puisqu'elle vomit sans aucun effort. Elle vous parle comme une femme qui va bientôt mourir et ne cesse d'interroger sur son état toutes les personnes qui l'approchent.

Le clou hystérique n'existe pas. Il n'y a ni rétrécissement du champ visuel ni dyschromatopsie, mais le réflexe cornéen existe à peine. Le réflexe pharyngien est complètement aboli. Si l'on recherche ensuite les zones hystérogènes, on trouve les points sus et sous-mammaires douloureux, surtout du côté gauche ; de même pour les points sus et sous-scapulaires. Le long de la colonne vertébrale existe de la douleur au niveau des apophyses épineuses de la quatrième vertèbre dorsale et de la première vertèbre lombaire. Un peu d'ovaralgie.

Pour supprimer ces vomissements, on essaie la suggestion à l'état de veille et la suggestion thérapeutique : collodion en ceinture, glace en permanence sur le ventre, pilules de bleu de méthylène, etc., etc. Aucune amélioration ne se produit : les vomissements, toujours biliaires, cessent pendant deux jours pour reparaître ensuite avec la même intensité.

La malade se plaint de plus en plus, demande pourquoi on ne l'opère pas. « On la laisse souffrir alors qu'une opération pourrait la guérir. » Devant l'insuccès des moyens médicaux, on se décide à pratiquer une laparotomie exploratrice qui tranchera la question de savoir s'il y a ou non lésion matérielle et qui, dans le cas probable où on ne trouverait rien, permettra de persuader à la malade qu'on a enlevé ce qui la faisait vomir. Ce sera une suggestion opératoire.

Le 15 juin, la malade ayant pris un bain l'avant-veille et étant purgée la veille, est apportée à la salle d'opération. On donne le chloroforme et après un nettoyage minutieux du champ opératoire (savonnage à la brosse, alcool, éther, sublimé), une incision sous-ombilicale de dix centimètres de longueur est pratiquée. Une fois le péritoine ouvert, la main du chirurgien explore rapidement l'utérus et les annexes. Tout est normal. Puis on déroule rapidement, du cœcum au duodénum, l'intestin grêle, en le dévidant sur les doigts sans le sortir du ventre, sans l'éviscérer, pour s'assurer qu'il n'y a pas d'obstacle en quelque endroit. Alors se produit sous nos yeux un phénomène curieux : de temps en temps, dans la portion de l'intestin comprise entre les doigts du chirurgien, apparaît une forte contraction des fibres circulaires, qui donne au tube intestinal l'aspect et le contact d'un cylindre ayant la grosseur d'un fort porte-plume. Au bout d'une minute, cette contracture cesse et l'intestin reprend ses dimensions normales peu à peu, à la façon d'une onde qui se propage. Quelques centimètres plus loin le même phénomène se reproduit. L'intestin passé en revue, l'estomac exploré par le toucher, sans qu'au-

cune lésion se révèle, le ventre est refermé par une suture des trois plans au fil d'argent. Quelques sutures cutanées au crin de Florence sont faites dans l'intervalle des premières sutures. Pansement iodoformé.

Le lendemain, à la visite, M. FOLET affirme à la malade qu'elle ne vomira plus, l'opération de la veille ayant levé l'obstacle.

Trois jours plus tard, cette femme a encore deux ou trois vomissements biliaires. La malade est inquiète, pense qu'elle n'est pas guérie ; mais on parvient à la rassurer et à lui persuader que tout est bien fini.

Dix jours après l'intervention, on enlève les fils d'argent et les crins de Florence. La réunion s'est faite par première intention. Les vomissements n'ont plus reparu.

Malheureusement la malade est couchée depuis trois mois et l'on s'est aperçu de la formation d'une eschare lombo-sacrée de la grandeur d'une pièce de cinq francs qui prend rapidement une profondeur de deux centimètres. De grandes irrigations à la liqueur de Van Swieten et des pansements antiseptiques permettent à la malade de sortir guérie le 20 août.

Cette observation s'ajoute à beaucoup d'autres pour prouver que quelquefois, quand la plupart des moyens habituellement mis en usage ont échoué, il ne faut pas craindre d'employer la suggestion opératoire pour frapper l'imagination des hystériques et les guérir de tous leurs maux. Dans le cas où aucun doute n'existerait sur la non-existence d'une lésion matérielle on devrait se borner à une simple incision cutanée. Quoiqu'une laparotomie, aseptiquement pratiquée, soit peu grave, il est inutile d'ouvrir le ventre sans motif sérieux. Mais dans le cas présent, l'on tenait à compléter le diagnostic. Et qui sait si la mise à l'air de l'intestin, si les légers tiraillements produits par le déroulement intestinal sur les nerfs du plexus solaire n'ont pas contribué à modifier le fonctionnement de ce plexus, en agissant à la façon d'une sorte d'élongation.

L'intérêt spécial de ce cas réside aussi dans la constatation optique du spasme vermiculaire intense et passager des muscles circulaires de l'intestin. HEIDENHAIN a rapporté plusieurs observations où un rétrécissement par contracture d'un segment intestinal, rétrécissement constaté par la laparotomie, avait provoqué des phénomènes d'occlusion. Mais dans notre observation ce sont des rétrécissements spasmodiques intermittents qui ont été observés, de véritables contractures antipéristaltiques, exagérées par l'état nerveux de la malade, provoquées pendant l'opération par le simple contact des doigts du chirurgien, et qui devaient se produire spontanément sous l'influence d'excitations névropathiques du plexus solaire. Cet *Entérisme*, analogue à l'*œsophagisme*, il était facile et rationnel d'en admettre théoriquement l'existence ; mais nous ne croyons pas qu'on l'ait jusqu'ici constaté et décrit *de visu*.

C'est vraisemblablement à ces spasmes antipéristaltiques qu'étaient dus les vomissements si fréquents observés chez cette malade ; l'acte opératoire semble les avoir fait disparaître. La guérison sera-elle absolument définitive? *that is the question*.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. GAUTIER a observé la présence de l'arsenic chez les animaux et chez l'homme à l'état normal. L'arsenic se localise dans la thyroïde, le cerveau et la peau. Les autres organes n'en contiennent pas.

Société de Chirurgie. — M. KIRMISSON préconise la méthode conservatrice même dans les coxalgies suppurées chez les enfants. Il vaut mieux rechercher l'ankylose que la mobilité. Une articulation fixe est plus utile qu'une articulation ballante.

Société médicale des Hôpitaux. — M. RENON a observé un cas de bronchite membraneuse chronique aspergillaire primitive.

Société de Biologie. — M. MANQUAT a étudié les conditions d'élimination des sels de quinine à doses thérapeutiques.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 Décembre 1899

Présidence de M. CARLIER, président.

Prolapsus complet irréductible du rectum

M. Carlier présente un volumineux prolapsus complet du rectum, qu'il a enlevé avec succès en septembre 1899, chez un homme de 44 ans. La tumeur mesurait 35 centimètres de circonférence et 14 centimètres de longueur. Le dévidement de la tumeur par la voie abdominale, suivant le procédé de JEANNEL, n'ayant rien donné, M. CARLIER eut recours à l'exérèse par le bistouri, suivant le méthode de MICKULICZ. Il n'y avait pas d'anse intestinale dans le diverticule péritonéal qui séparait en avant le cylindre intestinal externe, d'avec le cylindre interne ; l'opération fut

facile à ce niveau et les deux sections de la séreuse péritonéale furent aisément suturés ensemble, pour fermer la cavité péritonéale. L'opération fut moins commode en arrière, après section des moitiés postérieures du boudin intestinal, à cause de la présence du mésorectum. Ce dernier était épais et très vasculaire et il fallut y laisser deux pinces à demeure, ce qui empêcha, à cet endroit seulement, la suture muco-muqueuse. Les suites opératoires furent simples, la guérison était complète après quinze jours.

M. Carlier a revu récemment son opéré, qui a engraissé de plusieurs kilos. Le rectum paraît solidement restauré.

M. Carlier insiste sur la rareté de ce volumineux prolapsus irréductible du rectum et recommande de les opérer au bistouri, par le procédé de Mickulicz.

Du traitement des luxations sus-acromiales de la clavicule

M. Vanverts rapporte quatre observations de luxation sus-acromiale de la clavicule, la première ayant été traitée par le massage ; la seconde, traitée d'abord par l'immobilisation dans un appareil plâtré puis, par suite d'une récidive au moment de la suppression de l'appareil, par le massage ; la troisième, par l'arthrodèse et la suture, la quatrième par l'arthrodèse également. Dans les deux dernières observations, la luxation se reproduisit lorsqu'on enleva les points de suture.

M. Vanverts constate : 1° que la luxation acromio-claviculaire sus-acromiale, abandonnée à elle-même ou traitée par massage et la mobilisation, donne de bons résultats et il est rare de constater consécutivement de l'impotence fonctionnelle ; 2° que tous les appareils inventés pour maintenir en contact les surfaces articulaires de l'acromion et de la clavicule ne parviennent pas à réaliser ce but ; 3° qu'en mettant le bras en rotation externe forcée, on obtient une réduction presque complète, le moignon de l'épaule étant porté en haut et la clavicule abaissée, par l'action des fibres claviculaires du deltoïde ; 4° que, si l'on veut employer un procédé chirurgical, il faut pratiquer l'arthrodèse et la suture osseuse, en perforant les poulies osseuses à une assez grande distance des extrémités en contact et en employant un fil extrêmement solide.

Il conclut en disant que *a)* en cas de luxation incomplète on peut se contenter du massage, mais que pour avoir une réduction certaine il faut pratiquer la suture ; *b)* en cas de luxation complète, par contre, le massage est contre indiqué et le traitement consiste dans l'arthrodèse et la suture.

Contagion directe de la fièvre typhoïde.

M. Combemale rapporte deux cas de contagion directe de la fièvre typhoïde, constatés en dehors du milieu nosocomial et survenus chez des personnes prenant toutes les précautions d'antisepsie pour éviter la contamination.

La malade était soignée par son mari, son frère, son beau-frère et sa belle-sœur ; la balnéation était pénible et très fatigante. Un mois après le début de la maladie, le beau-frère et la belle-sœur éprouvèrent les symptômes prémonitoires de l'affection et, peu après, la maladie se déclarait, légère chez la femme, plus sérieuse chez le mari. Le séro-diagnostic fut négatif chez la femme, positif chez l'homme ; et pourtant tous les symptômes de la dothiénentérie existaient.

M. Combemale est convaincu qu'il se trouve en présence de deux cas de contagion directe, par contact immédiat ; en effet, les malades ne buvaient pas d'eau : ils n'usaient que de l'eau de Vals, ils prenaient des soins antiseptiques très sérieux ; mais il est probable, pourtant, que leurs vêtements, souillés par mégarde, ou leurs mains insuffisamment plongées dans un liquide antiseptique, furent cause de la contamination.

M. Combemale fait remarquer en outre que l'affection a atteint les plus débilitées des quatre personnes et qu'il faut voir là aussi une cause prédisposante et il rappelle les observations d'Arnould, de Laveran, de Guinon, de Netter, etc. à ce sujet.

M. Deléarde a constaté que le séro-diagnostic n'est pas toujours aussi précoce que Vidal l'a dit et il a constaté une fois qu'au cours d'une dothiénentérie, il ne devenait positif que vers le quinzième ou vingtième jour de la maladie.

Il est convaincu que dans la typhoïde il ne faut pas toujours incriminer l'eau et que le contage direct existe parfois.

M. Ausset fait constater, à ce sujet, que souvent, dans les hôpitaux, les infirmiers qui prennent peu de soins de propreté, sont facilement contaminés et que dans ces cas il faut bien incriminer la contagion directe par suite d'ingestion de bacilles d'Eberth. Il arrive toutefois que, malgré des précautions antiseptiques minutieuses, la contamination se fait par suite du transport du bacille par l'air inspiré, et M. Ausset

cite à ce sujet l'observation d'un médecin des hôpitaux qui contracta la dothiénentérie en auscultant des enfants faisant la fièvre typhoïde.

M. Le Fort rapporte à l'appui de la contagion directe son auto-observation : il contracta la dothiénentérie en 1889 à la suite d'autopsies quotidiennes de typhoïdiques, à la suite desquelles ses ablutions n'étaient pas suffisantes.

M. Vanverts cite le cas d'une jeune femme, partageant le lit de son mari au début de la fièvre typhoïde que faisait celui-ci, le soignant ensuite de près, et succombant elle-même à la contagion.

M. Noquet, qui a observé dans les milieux militaires, avant que l'agent du contage ne fût connu, n'a pas souvenir de contagion fréquente parmi les infirmiers, mais il se souvient que Arnould, en 1881, souleva cette question devant la Société de médecine.

M. Ingelrans ne pense pas que la contagion directe soit bien fréquente, tandis que l'eau peut être très souvent incriminée.

M. Combemale se félicite d'avoir soulevé cette discussion, puisqu'il voit combien la théorie de la contamination hydrique perd du terrain ; à son sens, la contagion directe de la fièvre typhoïde a plus d'importance dans les milieux sociaux : hôpitaux, hôpitaux militaires, agglomérations urbaines, qu'on ne l'a dit et soutenu.

VARIÉTÉS

Ça n'est pas encore ça.

Vous vous souvenez, sans doute, du fameux professeur de la Faculté de Vienne, qui prétendait pouvoir déterminer à l'avance, par un procédé d'alimentation spécial, le sexe des enfants à naître. Ce grand maître vient de faire une brioche!

Il paraît que la Czarine, sitôt qu'elle se sut enceinte, l'avait fait consulter; l'auguste épouse de Nicolas II désirait fortement avoir un garçon.

Le professeur Schenk prescrivit aussitôt un régime sévère, celui de la parturition mâle selon son codex. Et la Czarine suivit le dit régime religieusement, sans en oublier un seul iota, mangeant et buvant ce qu'il fallait, comme et quand il le fallait.

Résultat : Elle accoucha d'une fille.

(Presse med. belge).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Commission parlementaire d'hygiène publique. — Sur la proposition de M. Dubois et d'un certain nombre de ses collègues, la Chambre des députés, dans l'une de ses dernières séances, a décidé la création d'une grande commission de trente-trois membres, qui sera chargée d'étudier la question d'hygiène générale.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Dans sa séance du 29 novembre dernier, le Conseil de l'Univerté de Lille a choisi la semaine allant du 31 décembre au 6 janvier pour les vacances du nouvel an dans les Facultés.

— La Commission des prix de l'Académie de médecine a prélevé sur le prix Godard (de mille francs, annuel), une somme de huit cents francs, qu'elle a attribuée à notre distingué secrétaire de la rédaction, M. le docteur Potel. Nous adressons à notre dévoué et modeste collaborateur, toutes nos félicitations. Sa remarquable thèse *sur les malformations du genou* était connue et louée par les connaisseurs ; la consécration officielle de l'Académie de médecine donne à ce travail une valeur nouvelle, dont l'éclat rejaillit sur l'auteur.

— Le bureau de la Société centrale de médecine pour 1900 est ainsi constitué : Président M. le docteur Looten. Vice-président M. le professeur Doumer. Secrétaire général M. le professeur Combemale. Secrétaire adjoint M. le docteur Lambret. Trésorier M. le docteur Dumont.

Soutenances de thèses

M. J.-S. Debionne, de Vandeuil (Aisne), pharmacien de 1re classe, professeur à l'école d'Amiens, officier d'académie, a soutenu avec succès, le mercredi 6 décembre, sa thèse de doctorat (5e série, n° 143), intitulée : **l'Équilibre vital.**

— M. Etienne Gountcheff-Ivanof, de Gabrovo (Bulgarie), a soutenu, avec succès, le samedi 9 décembre, sa thèse de doctorat (5e série, n° 144), intitulée : **La pratique des accouchements en Bulgarie : étude sur le rôle néfaste des matrones et la nécessité de leur disparition.**

— Nous relevons parmi les nominations récentes dans le **corps de santé militaire de la réserve et de la territoriale**, les noms des confrères, exerçant dans la région qui suivent : sont nommés au grade de médecin aide major de 2e classe, de réserve MM. les docteurs Tauchon, à Aubry (Nord); Delarra, de Roubaix; Delebecque, de Coudekerque Branche. — Parmi les **médecins sanitaires** qui ont subi avec succès le concours et ont été récemment nommés, nous relevons avec plaisir le nom de l'un des anciens élèves de notre Faculté, M. le docteur Van Heddeghem.

— Terminant une véritable tournée de conférences à Paris, Bruxelles, etc., jeudi soir, 7 courant, notre collaborateur le professeur Calmette a fait devant un public médical nombreux, au Conservatoire de musique, à Lille, sous les auspices de la municipalité, représentée par M. Staes-Brame, adjoint au maire, directeur de l'office sanitaire, une conférence sur la **Peste bubonique, son traitement et sa prophylaxie.**

A l'occasion de l'épidémie de Porto, où notre collègue est allé porter son dévouement et ses consolations, M. Calmette a fait des remarques cliniques, des recherches bactériologiques dont il a communiqué d'abord la substance à son auditoire. Puis il a attaqué la question du traitement de la peste et de sa prophylaxie, qui intéresse plus particulièrement les médecins qu'avaient attirés sa parole autorisée. Nombre de notions précises nous ont

été à cette occasion signalées, que, bien que l'*Echo médical du Nord* en ait rendu compte en octobre dernier, nous aurions regret de ne pas rappeler sous forme quasi aphoristique.

Une épidémie de peste débute fréquemment par une abondance de bubons qualifiés vénériens ou non diagnostiqués quant à leur nature. — La mort des souris, des rats dans une localité présage la venue prochaine de fléau. — La forme classique de la peste ressort à la contagion par les parasites du corps humain, plus particulièrement les puces et les poux ; l'inhalation, l'ingestion de produits pesteux communique des formes pneumoniques ou digestives de la peste. — Puisque la peste vaccine contre elle-même, il fallait chercher le sérum. — L'injection intraveineuse du sérum antipesteux doit être fait de préference ; elle est plus efficace, parce que l'organisme est ainsi emprégné d'emblée de sérum, indispensable, parce qu'il s'agit d'une septicémie et non d'une intoxication et que l'action bactéricide du sérum se manifeste avec certitude, sans modification de l'agent curateur. — L'immunité procurée par le sérum est passive, c'est-à-dire peu durable, 15 à 20 jours seulement. Le sérum n'est pas toxique. — Il ne faut pas ramasser les rats morts de peste en temps d'épidémie, mais les jeter au feu avec des pincettes.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Légion d'honneur. — *Officier*. M. le docteur EMILY, médecin de la marine (mission Marchand). — *Chevalier* : M. le docteur SALIMBENI, pour son dévouement durant la peste de Porto.

Officier d'académie. — MM. les docteurs GUÉNEAU DE LA MARNIÈRE, professeur de botanique ; CORDIER, directeur du laboratoire de bactériologie, à Reims ; DIDSBURG, TUCKER, PROST, LORNIER et LENOBLE, de Paris.

Chevalier du mérite agricole. — M. le docteur BINET.

Ont reçu la *médaille des épidémies* : or, M. le docteur LEDÉ, de Paris ; argent, LAUBRIEN et MICHAUX, de Paris.

HOPITAUX ET HOSPICES

Reims. — M. le docteur SAGUET a été nommé, après un concours, médecin suppléant.

Angers. — M. le docteur MANGOURD a été nommé médecin en chef.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs JEGUN, de Goudrin (Gers) ; VASLIN, d'Angers (Maine-et-Loire) ; TIRANT, de Lyon (Rhône) ; PENTRAY, de Paris ; MARCHAL, de Badanviller (Meurthe-et-Moselle).

LELANDAIS, étudiant à Caen, mort de piqûre anatomique.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

48e SEMAINE, DU 26 NOVEMBRE AU 2 DÉCEMBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	6
3 mois à un an	8	7
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	»	3
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	7	7
40 à 60 ans	5	10
60 à 80 ans	6	5
80 ans et au-dessus	»	3
Total	36	43

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	9	12	15	22	13	10	7	5	16	1	4	114
TOTAL des DÉCÈS	6	8	9	7	11	5	8	6	13	2	4	79
Autres causes de décès	2	2	4	4	4	1	4	1	6	1	»	20
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Phthisie pulmonaire	»	2	1	1	2	1	»	1	3	»	1	12
Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	»	2	2	1	3	»	»	1	1	1	»	11
Maladies organiques du cœur	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	4
Bronchite et pneumonie	2	1	2	»	2	2	2	»	2	»	2	15
Apoplexie cérébrale	»	»	»	1	»	»	1	1	1	»	»	4
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

(CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS)

N° 153. Troisième Année, N° 51. Le Numéro : 10 centimes. 17 Décembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à l'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1er janvier.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de contagion directe de la fièvre typhoïde (1)

par le professeur **Combemale**

Dans les premiers jours d'octobre je voyais, en consultation avec l'un de nos plus estimés confrères de Lille, une jeune femme qui faisait une fièvre typhoïde grave : une céphalée atroce avec constipation durant le premier septénaire avait fait d'abord hésiter le diagnostic; l'hyperthermie et le dicrotisme du pouls, sans dissociation de la fièvre, joints à quelques taches rosées, permirent cependant d'affirmer qu'il s'agissait d'une dothiénentérie; l'évolution ultérieure de la maladie le prouva du reste : langue rôtie, légère congestion des bases du poumon par faiblesse cardiaque, diarrhée ocreuse, adynamie intense, vinrent compléter le tableau de la fièvre typhoïde, dont la malade commence à peine la convalescence vraie, en raison d'une longue période amphibole et d'accès de fièvre qui ont marqué les premières tentatives d'alimentation.

Le traitement que nous imposâmes, mon confrère et moi, et que la famille exécuta avec une rigueur dont on voit peu d'exemples, consistait en substance en des bains tièdes, de dix minutes de durée, à 32-35°, dès que la température axillaire prise toutes les trois heures dépassait 39°; de la caféine en injections hypodermiques, une potion à l'extrait mou de quinquina, des boissons abondantes complétaient le traitement et répondirent à toutes les indications.

Le service des bains fut très pénible; à côté du lit se trouvait une baignoire, où l'on plongeait la malade et d'où on la reportait dans son lit, à deux ou trois personnes jusqu'à six fois par vingt-quatre heures; durant quinze jours la fièvre fut assez marquée, le matin excepté, pour exiger cette balnéation répétée. Bien qu'une installation spéciale permît d'évacuer l'eau du bain dès qu'elle était souillée par les déjections involontaires de la malade, la préparation de chaque bain demandait un dur travail, souvent interrompu du reste par la nécessité de changer de linge la patiente, qui s'oubliait inopportunément, ou de lui donner à boire.

Quatre membres de la famille, le mari, le frère, un beau-frère, une belle-sœur acceptèrent et supportèrent le fardeau de faire office d'infirmiers auprès de cette malade. Nuit et jour, en se relayant, deux d'entr'eux restaient auprès de la malade. Des trois hommes, deux d'entr'eux, associés, se remplaçaient au travail et au chevet de leur femme et sœur; le troisième, architecte occupé, quittait son bureau, distant de cinq cents mètres, jusqu'à six fois par jour pour aider la belle-sœur à donner les bains; c'était le plus

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord.* Séance du 8 décembre 1899.

robuste. Quant à la belle-sœur, frêle et mince, constamment auprès de la malade, lorsqu'elle se jetait habillée sur un lit dans une pièce voisine quelques heures la nuit, elle ne parvenait pas à dormir, en raison de sa fatigue croissante et de l'excitation cérébrale causée par du café qu'elle prenait pour se tenir éveillée dans le courant de la journée.

Or, ces deux dernières personnes, dont le rôle d'infirmier avait été le plus lourd, dont le contact avec la malade pour la mise au bain ou pour l'éloignement des linges souillés avait été le plus immédiat, éprouvèrent, alors que la fièvre commençait à tomber définitivement chez le premier sujet, les signes prémonitoires de l'infection typhoïdique.

Vers le 6 novembre, par mesure de prudence, la belle-sœur s'était administré spontanément une limonade Roger, mais elle ne mangea pas avec plus d'appétit pour cela, elle continua à avoir de la céphalée, à se sentir frissonner; bien que la température de la pièce atteignit 20°, et se raidissant, elle voulut encore soigner la malade. En effet, le 10, malgré que la fièvre fût survenue la nuit avec sueurs abondantes, et qu'elle n'eût pas disparu, elle continua ses fonctions de garde-malade. Vaincue cependant, elle dut prendre le lit le 11 au soir; la céphalée était intense, le thermomètre marquait 39°1 ; le lendemain matin c'était 39°5 ; les règles avaient apparu.

A la même date du 6 novembre, les mêmes prodromes s'étaient produits chez le beau-frère. Dans une réunion d'architectes où il s'était rendu, la céphalée s'était installée, une indigestion avait suivi; du 7 au 12, le malade souffrait horriblement de la tête, avait 38°2 de température le matin, dépassait 39° le soir, mais ne se montrait pas trop abattu. Appelé à voir ce dernier patient et à donner mon avis, le 13, sur la nécessité d'un isolement et d'un transfert à la maison de santé, je conseillais vivement ce moyen, afin que le surmenage ne préparât deux nouvelles victimes à l'infection. Informé de l'état de la belle-sœur, j'appris que l'on se proposait d'user avec elle du même moyen, et je soutins cet avis.

Le 14, ces deux malades étaient à la maison de santé.

La première avait du typhique le facies, le pouls dicrote, la langue sèche, l'affaissement; le soir, la température de 39° fit donner un bain qu'il ne fut plus besoin de renouveler par la suite; dès le 15, en effet, le thermomètre marquait 38°6 le matin et 38°1 le soir, et les jours suivants il descendait lentement à 37° ; durant les premiers jours du séjour, il y eut plusieurs épistaxis, la céphalée continua, moindre chaque jour. A la date du 1er décembre, la malade était levée, mangeait sans appétit, très amaigrie. Le 6, elle sortait. Je dois noter que le séro-diagnostic, fait le 21 novembre, au quatrième jour de l'apyrexie complète, avait été négatif.

Le second de ces malades, durant les six premiers jours de son séjour à la maison de santé, eut tous les soirs plus de 39° de fièvre, 40°1 même un soir; le matin, le thermomètre ne descendait pas au-dessous de 38° ; de nombreux bains lui furent administrés; l'aspect et l'habitus étaient très peu celui d'un typhique, il y avait néanmoins quelques taches rosées, un peu de bronchite par stase, et le séro-diagnostic fait le même jour que pour la précédente malade fut positif. Depuis quinze jours, la température ne s'était pas élevée jusqu'à 38°, mais l'amaigrissement était marqué, la convalescence allait bon train, lorsqu'il quitta l'établissement le 6 courant.

On ne peut guère contester que chez les trois malades, dont l'histoire précède, il s'est agi d'une infection éberthienne. La longue durée et la marche de la maladie chez la première, la réaction de Widal positive chez la troisième font évidemment rentrer ces deux cas dans la fièvre typhoïde ; le second pourrait être contesté, si l'on n'était en droit d'affirmer l'infection typhique que lorsque la séro-réaction est positive. De récentes recherches cliniques de Pamart (d'Alger) (1), faisant suite aux cas rapportés par Courmont, Galliot, Bormans, montrent en effet que le pouvoir agglutinant est variable d'intensité, très rapidement et dans des proportions très étendues, au point que des résultats négatifs peuvent se manifester en pleine courbe ; et à l'appui des résultats décevants que cette méthode de diagnostic risque de donner, il cite un cas où la courbe du séro-diagnostic quotidiennement établie présentait ce caractère particulier, que l'observateur faisant régulièrement cet examen tous les trois jours à partir du début aurait obtenu sept résultats négatifs de suite et un faible pouvoir agglutinant à la huitième épreuve. De par sa fugacité extrême, le séro-diagnostic dans certains cas ne peut anéantir un diagnostic clinique suffisamment étayé ; d'autre part, on ne contestera donc pas que le second cas que j'ai cité ne fût aussi une fièvre typhoïde.

En les comparant entr'elles, ces trois dothiénentéries se sont présentées cliniquement, la première comme grave, la seconde comme avortée, la troisième comme légère. Les deux dernières dérivent cependant de la première. C'est là un point que je désire établir.

Bien que j'aie précisé le plus possible quel a été durant la maladie du premier sujet le rôle joué par les deux autres auprès de lui, je n'ai laissé se produire que des preuves indirectes que la contamination s'était faite au contact de la malade : La balnéation, les soins de propreté intime du premier atteint étaient en effet réservés aux deux parents faisant office d'infirmiers, et qui furent frappés dans la suite. Comme il n'y avait pas eu d'expectoration, ce n'est pas par cette voie que la contagion aurait pu se faire, comme dans le cas cité par Watson-Williams (2).

(1) Pamart, *Médecine moderne* 1899, p. 588.
(2) Watson-Williams. — *Bulletin médical*, 1895, p. 15.

Il ya bien des chances, par conséquent, pour que la contamination ait été directe, à s'en tenir à ces seuls renseignements.

La théorie de la contagion indirecte a néanmoins pris dans tous les esprits une telle importance qu'il faut bien se demander si dans les cas actuels elle n'intervient pas; on se souvient de la formule émise par M. Brouardel au congrès de Vienne « 99 fois sur 100, l'eau est le distributeur de la fièvre typhoïde ». L'eau de Lille, d'autre part depuis quelques mois, est, dit-on, tellement contaminée, que la question s'est posée avec insistance à mon esprit de savoir si dans ces deux cas elle ne devait pas être incriminée. Je dois répondre non. En effet, les deux malades, plusieurs semaines avant et durant leurs fonctions de garde-malades, ne buvaient que de l'eau de Vals. Par cette voie indirecte la contagion ne s'est donc pas produite.

Bien que des exemples de contamination par le lait ait été publiés, notamment par Goyon (1), par Brown (2), par Roth (3), je ne crois pas devoir m'arrêter à cette hypothèse, qui supposerait du lait mouillé, et dont les victimes auraient été plus nombreux dans la famille dont je parle et parmi les clients du laitier soupçonnable.

J'ai à ajouter d'autre part un renseignement qui n'est pas sans importance : instruits par nous dès le premier jour des dangers de contagion qu'elles couraient, ces personnes s'étaient astreintes à ne pas se mettre à table sans s'être lavé les mains, à se nettoyer les mains au « laurénol » après chaque bain, et chaque fois qu'ils auraient touché quelque objet souillé. Ces recommandations furent suivies à la lettre, mais il est vraisemblable que ces soins de propreté auront involontairement été négligés une fois, ou qu'ils n'auront pas été poussés assez loin, ou qu'une éclaboussure sur les vêtements aura passé inaperçue, et que le germe se sera ainsi trouvé introduit dans la place. Il me semble donc démontré que la contagion a dans les deux seconds cas été directe, suivant la conception de Vaillard, c'est-à-dire qu'elle s'est faite dans le voisinage immédiat du malade (4).

Néanmoins, en présence des précautions intelligemment prises par cette famille pour écarter la contagion, en présence de ce fait que furent frappés seuls les deux plus surmenés, une objection me vient, que je ne puis repousser sans examen : ces deux cas ne rentreraient-ils pas dans le cadre de ces cas spontanés, que les médecins militaires voient se produire en tout temps, mais surtout aux périodes d'entraînement des troupes, et dont certains de nos collègues ont entretenu la Société, il y quelques années?

Le credo de Budd, longtemps accepté par le plus grand nombre, « la fièvre typhoïde ne peut naître que de la fièvre typhoïde » ne rencontre en effet plus la faveur absolue de naguère. Et l'on revient à l'opinion de Murchison, que « pour faire de la fièvre typhoïde il ne faut pas nécessairement de la fièvre typhoïde ». Lösener, en effet, a démontré que le bacille d'Eberth est presque banal, puisque l'intestin du porc le contient, que la moitié des gens bien portants le recèlent dans leurs matières fécales. Remlinger et Schneider (1), de même, dans un travail qui a fait grand bruit, ont prouvé que ce bacille typhique se trouve ailleurs que chez les typhoïsants ou sur les corps souillés par leur déjection. La constatation des cas isolés ou de faits groupés survenant en dehors de la contagion individuelle ou de la contamination fortuite des milieux, pousse d'autre part à penser que la conception de Budd est excessive, et à admettre une sorte de spontanéité, comprise dans le sens d'un saprophytisme inoffensif du bacille d'Eberth, aboutissant rapidement à la nocivité, lorsque les circonstances diminuent la résistance du porteur.

L'application de cette théorie pourrait sans doute se faire dans les deux cas que je relate. Cependant, en dehors d'une démonstration rigoureuse, que je ne pourrais fournir, je m'en tiens à la contagion directe, bien plus vraisemblable du reste.

Ces faits de contagion directe de la fièvre typhoïde, qu'on appelle plus communément contagion hospitalière, sont du reste plus fréquents qu'on ne pense; depuis quelques années, la littérature médicale française en a fourni beaucoup.

En 1881, Arnould (2) donnait devant la Société la relation de six cas intérieurs survenus à l'hôpital militaire de Lille, alors qu'il n'existait que deux typhiques dans les salles et qu'il n'y avait pas d'épidémie à Lille.

M. Laveran (3), en 1884, relatait aussi trente-trois cas de contagion nosocomiale et son mémoire contribua à obtenir l'isolement des typhoïdiques dans les hôpitaux militaires.

A la Société médicale des hôpitaux, en 1886, M. Letulle, dans un rapport sur une épidémie de maison signalée par M. Debove, admettait cette contagion, mais faisait toutes réserves, ainsi que MM. Siredey et Kelsch du reste, sur les multiples conditions où la contagion médiate se produit.

En 1892, M. Lemoine (4) donnait la relation de quatre cas bien observés dans lesquels l'agent contaminant avait été la chaise percée mise à la disposition d'un typhique.

En 1897, à la Société médicale des hôpitaux, la question fut reprise. M. Guinon rapporta l'histoire de trois enfants atteints de bronchite de purpura, de poliomyélite, qui firent, vingt-un et quarante jours après leur entrée dans

(1) Goyon. — *Ann. d'hygiène*, 1892.
(2) Brown. *Bulletin médical*, 1891, p. 942.
(3) Roth. — *Centralblatt für medicinische Wissenschaften*, 1890.
(4) Vaillard. — *Bulletin médical*, 1897, p. 925.

(1) Remlinger et Schneider. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897.
(2) Arnould. — *Bulletin médical du Nord*, 1881.
(3) Laveran. — *Archives de médecine militaire*, 1884.
(4) Lemoine. — *Revue d'hygiène*, 1892.

la salle où étaient soignés d'autres typhiques, une fièvre typhoïde contrôlée par le séro-diagnostic, et que le lait et la tisane, qui constituaient leur traitement, n'avaient pu leur transmettre. M. BOURCY signala une hystérique dans le service depuis longtemps qui prit une dothiénentérie d'une voisine de salle. M. TROISIER cita le cas d'une malade, immobilisée dans son lit par une pleurésie, depuis quarante-six jours, buvant seulement du lait et de la limonade, et que voisinaient d'autres typhoïdes, s'infectant à leur contact. M. NETTER apporta 27 cas de contagion constatés en trois ans, à l'hôpital TROUSSEAU, dont 12 infirmiers, et parmi eux, 10 veilleuses de nuit moins propres et plus surmenées que les autres. RICHARDIÈRE, GAILLARD, ŒTTINGER apportèrent eux aussi des exemples.

En 1898, M. ANNEQUIN, médecin militaire, consacra à la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde un remarquable article dans le *Lyon Médical*, fourmillant de faits. Il calculait qu'un infirmier militaire sur dix contractait la dothiénentérie, alors qu'il était employé dans les salles où il y avait des typhoïdiques, et citait l'hôpital militaire de Maubeuge où, en 1892, douze infirmiers sur cinquante-deux et deux médecins l'avaient contracté. « La transmission, disait-il, se fait surtout par les linges maculés, la literie, les chaises percées, les vases de nuit, les verres, les pots à tisane, les mains et les vêtements du personnel. C'est sous forme de poussières provenant de matières desséchées que le contage pénètre dans les voies respiratoires et surtout digestives, directement ou par l'intermédiaire des aliments et des boissons. »

Enfin, il y a quelques jours à peine, M. GUINON, à la Société de pédiatrie, appelait à nouveau l'attention sur la contagion hospitalière, et notre collègue M. AUSSET apportait à cette thèse le secours de cinq observations inédites.

Les faits de contagion directe dans la clientèle privée sont beaucoup moins fréquents, tout au moins beaucoup moins souvent livrés à la publicité. A défaut de nouveauté ou de rareté, les cas que je viens de raconter auront donc le mérite d'éveiller l'attention sur la contagion directe hors du milieu nosocomial, dans le milieu civil.

Seul, M. HAUSER, dans une enquête très détaillée, entreprise sur l'invitation de M. NETTER, auprès des familles des typhiques de ce service, a publié, dans sa thèse inaugurale, en 1897, des faits intéressants, nombreux et très suggestifs, relatifs à la contagion directe, immédiate et médiate. Et il conclut : « Est-ce à dire qu'il faille diminuer le rôle de l'eau dans l'étiologie de la fièvre typhoïde? Bien au contraire. Nous disons hautement que l'eau est le facteur principal dans l'infection typhoïdique, mais comme facteur secondaire et dans une très forte proportion, il y a la contagion directe. »

Cette conclusion sera la nôtre.

Nouveaux cas de Péritonite chronique tuberculeuse traitée avec succès par les rayons X

PAR LES DOCTEURS

E. Ausset, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants. ET **Bédart**, professeur agrégé de physiologie à l'Université de Lille.

L'année dernière, nous avons eu l'honneur de présenter à la Société de Médecine du Nord (Voir *Bulletin* et *Écho Médical*, 1898), une fillette chez laquelle tous les traitements, y compris la laparotomie, avaient échoué contre une péritonite chronique à forme ascitique en voie de transformation caséeuse. La guérison survint après le traitement par la radiothérapie. Aujourd'hui, plus de dix-huit mois après la dernière séance de radiothérapie, la guérison s'est maintenue. A ce moment quelques-uns de nos confrères nous objectèrent que, peut-être, la guérison avait-elle été obtenue par l'action éloignée, retardée, de tous les traitements employés auparavant. Nous avions répondu qu'après la laparotomie comme après toutes les autres ponctions et autres traitements, le liquide s'était reproduit très vite et aussi abondant qu'auparavant, et que, coïncidence pour le moins bizarre, ce n'était qu'à la suite de plusieurs séances de radiothérapie que la rétrocession avait commencé à se manifester. Quoi qu'il en soit, nous avions fait d'importantes réserves et nous avions voulu relater le fait sans conclure, ce qui aurait été par trop téméraire, que la tuberculose péritonéale pouvait se guérir par les rayons X.

Or, le 27 mai 1899 entrait à l'hôpital St-Sauveur Catherine M..., âgée de 4 ans, avec une péritonite chronique à forme ascitique absolument caractéristique. La Société s'en rappelle, nous avons tenu à lui montrer cette enfant tout au début du traitement afin que nos collègues puissent bien se rendre compte de son état avant toute intervention thérapeutique, afin qu'ils puissent juger par eux-mêmes de l'exactitude de notre diagnostic et de l'étendue du mal, et afin qu'ils puissent ultérieurement, de cette façon, mieux apprécier les résultats obtenus.

Nous demandons la permission de rappeler très rapidement les symptômes qu'elle présentait lors de son entrée à l'hôpital. Nous passerons très vite, le diagnostic étant absolument classique et tous nos collègues qui l'ont examinée avec nous ayant pu se rendre compte des signes existant alors. Au reste nous mettons sous les yeux de la Société une photographie de l'enfant, qui a été prise le 23 juin, alors qu'il n'y avait encore eu que sept séances radiothérapiques.

L'enfant entre à l'hôpital pour son ventre, qui augmente considérablement de volume. L'état général est assez satisfaisant, l'enfant a un peu maigri, l'appétit a légère-

ment diminué. Mais en somme elle joue avec gaieté, ne souffre pas, n'a pas de fièvre.

Le ventre est en effet très gros, très bombé en avant. A la palpation on ne provoque aucune douleur, mais on sent plusieurs masses indurées, mamelonnées, irrégulières, dont l'une d'elles, siégeant au pourtour de l'ombilic, présente les dimensions de la paume de la main.

On éprouve assez difficilement la sensation de flot, et cependant il existe une assez grande quantité de liquide, car la percussion donne un son mat, en avant, à partir de



l'ombilic jusqu'au pubis et dans les flancs sur toute la hauteur de l'abdomen. Mais cette matité est peu mobile dans les diverses attitudes imposées à l'enfant. Tout ceci semble nous prouver qu'il y a des cloisonnements qui empêchent la libre circulation du liquide dans la cavité péritonéale.

La circonférence de l'abdomen est de 64 1/2, au niveau d'une ligne passant à l'endroit le plus saillant du ventre, ligne qui se trouve figurée sur la photographie par une raie foncée tracée au nitrate d'argent.

La rate n'est pas sentie ni à la percussion ni à la palpation.

Le foie est très gros, déborde les fausses côtes de plus de trois travers de doigts. Il n'est pas douloureux à la pression.

Rien aux poumons ni au cœur. Urines normales. Pas d'urobiline.

Pas d'œdème périphérique.

Ponction exploratrice avec une petite seringue de Pravaz. On retire un gramme d'un liquide clair, jaune citrin. Ce liquide est inoculé à un cobaye. Ce cobaye est resté sain ultérieurement. Mais nous ferons remarquer que la quantité de liquide inoculé était absolument insuffisante, car les bacilles sont assez rares dans les liquides ascitiques.

Enfin, Messieurs, je n'insiste pas, vous avez pu examiner l'enfant : l'ascite, les gâteaux péritonéaux témoignant d'une conglomération des tuberculés, l'hypertrophie hépatique, tout cela nous a fait porter le diagnostic de péritonite chronique tuberculeuse à forme ascitique.

Pour ce cas, si favorable, nous n'avons pas voulu qu'on pût mettre la guérison, si elle se produisait, sur le compte d'une médication *quelconque* antérieure. Non seulement nous n'avons fait *aucune espèce* de traitement, mais nous avons même prescrit de s'abstenir absolument de la simple suralimentation. L'enfant a mangé le repas commun, habituellement assez frugal, composé d'une soupe, d'un peu de viande rôtie ou bouillie, et d'un plat de légumes. Jamais de lait, d'œufs, etc. Pas le moindre médicament tonique ou autre.

Le traitement radiothérapique a été commencé le 4 juin 1899. Durée de la séance, 8 minutes, le tube placé à 0.25 centimètres du ventre de l'enfant. Les séances ont été faites tous les deux jours, on en a augmenté progressivement la durée, et on a peu à peu rapproché le tube de la paroi, de façon à arriver à des séances de 15 minutes, le tube placé à 0m15 centimètres de distance. Ces chiffres n'ont plus été dépassés jusqu'à la fin.

A partir du 25 juin la circonférence abdominale commence à diminuer : le 27 juin elle est de 0m625, le 4 juillet de 0m615, le 24 juillet de 0m58, le 29 juillet de 0m56. *Déjà à cette date tout liquide a disparu, ainsi que nous l'ont montré plusieurs ponctions exploratrices faites dans les parties les plus déclives, l'enfant bien couché sur le flanc.*

Pendant les vacances les séances ont été interrompues. La circonférence abdominale est remontée alors à 0m59.

Puis la radiothérapie a été reprise le 29 septembre et cessée définitivement le 6 novembre dernier.

Depuis, le ventre reste toujours ce que vous le voyez aujourd'hui, avec 0m56 de circonférence. Il n'y a plus de liquide ; une ponction exploratrice pratiquée il y a deux jours nous l'a démontré.

Le foie de l'enfant reste toujours gros ; il a beaucoup diminué, mais il déborde encore de près de deux travers de doigt.

En même temps que disparaissait le liquide, cause évidente d'un poids supérieur, malgré l'absence de toute suralimentation l'enfant engraissait, mangeait avec plus d'appétit. Elle est entrée pesant 16 k. 400 et aujourd'hui elle pèse 19 k. 150 gr.

Nous avons, je crois, le droit de la considérer comme guérie de sa péritonite. Reste le foie qui, évidemment, est

le point noir, et l'enfant est à surveiller de ce côté. Toutefois, devant la rétrocession très notable de l'hypertrophie, peut-être la guérison arrivera-t-elle également complète de ce côté.



— Eh bien, Messieurs, êtes-vous d'avis qu'ici les rayons X ont bien été l'agent curateur et le seul ? Pour nous, la chose ne semble pas faire de doute.

Certes, en pareille matière, on ne saurait user de trop de prudence, et ceux qui concluent trop prématurément risquent fort de voir plus tard leurs affirmations réduites à néant. Nous avons encore besoin de plusieurs autres cas semblables pour pouvoir affirmer que la tuberculose péritonéale au début peut guérir sous l'influence de la radiothérapie. Mais, nous l'avouons, nous croyons avoir le droit d'être plus affirmatifs que lors de notre cas précédent, nous croyons pouvoir restreindre nos réserves et appeler encore plus vivement l'attention de nos collègues sur ces curieux résultats. Nous exprimons le désir que nos collègues chirurgiens veuillent bien nous confier des tuberculoses externes au début, afin que nos résultats, se multipliant rapidement, puissent, s'ils sont favorables, nous permettre d'émettre des conclusions plus fermes.

Abcès du cerveau d'origine probablement traumatique

Par le Docteur **Lambret**, Chef de clinique chirurgicale.

Le mode de la production du pus au sein de la substance cérébrale est actuellement assez bien connu — du moins pour la très grande majorité des abcès du cerveau. Nous savons aujourd'hui que les causes les plus fréquentes sont les suppurations auriculaires surtout dues aux streptocoques, au pneumocoque, au bacille de Friedlander et aux staphylocoques, ces microbes étant seuls ou associés. Puis viennent les abcès d'origine traumatique. Les uns et les autres sont précédés par l'ostéite du crâne et leur siège est ordinairement en regard de la lésion osseuse ; on peut donc dire que dans ces cas l'infection du cerveau a pour localisation primitive, pour point de départ une ostéomyélite d'origine auriculaire ou traumatique.

Partie de l'os, elle gagne la profondeur et peut se localiser à la face externe de la dure-mère (collection extra-dure-mérienne); à la face interne (collection intra-dure-mérienne ou abcès cortical du cerveau) ; dans la substance cérébrale elle-même (abcès profond intra-cérébral). Les trois éventualités ou une seule d'entre elles peuvent se présenter. Mais, dans tous ces cas, et c'est sur ce point que nous insistons, le mode de progression du pus apparaît très clairement. Cependant, il est d'autres cas beaucoup plus rares où la pathogénie demeure obscure et dans lesquels la voie suivie par l'infection n'est pas toujours aussi facile à saisir. Exemple l'observation suivante :

Le nommé D., Louis, âgé de 36 ans, entre le 28 novembre 1899, venant du service de médecine, dans le service de notre maître, le professeur Folet, que nous suppléions à cette époque. Nous avions déjà vu ce malade une dizaine de jours auparavant, se plaignant de surdité et de céphalalgie très intense, survenus à la suite d'un coup de chope au niveau de l'oreille droite (traumatisme datant à ce moment de trois semaines). Comme il paraissait très obnubilé, ne répondant qu'à peine à nos questions, nous nous proposions de l'examiner plus soigneusement en particulier ; mais il n'attendit pas notre examen et quitta l'hôpital après un séjour de quelques heures. Le 28 septembre, le professeur agrégé Deléarde, chargé du service de médecine, nous fait appeler pour nous montrer le même malade, entré depuis la veille dans ses salles. Cet homme est à ce moment dans un état semi-comateux, envahi par une torpeur dont on ne le tire que très difficilement ; il fait comprendre qu'il souffre horriblement d'une violente douleur située à la région temporale droite, un peu au-dessus et 5 centim. en avant de l'oreille. Il n'a pas de paralysie faciale ; le bras et la jambe gauche sont parésiés, et il y a également du côté gauche un retard manifeste de la sensibilité. La température est à 37°5, mais le pouls est très nettement ralenti, on ne trouve que 55 pulsations par minute. Le conduit auditif externe est tapissé d'un dépôt jaunâtre solidifié, mais on ne peut dire s'il est dû à un défaut de propreté ou si c'est du pus desséché ; la mastoïde n'est pas douloureuse à la pression, par contre, la percussion et la pression de la région temporale, à l'endroit indiqué plus haut, arrachent des

cris au patient. Le diagnostic d'abcès du cerveau paraissant manifeste, on transporte le malade à la salle d'opération. En l'absence de tout autre renseignement, me rappelant la surdité constatée quelques jours auparavant, je pensai à la possibilité d'un abcès d'origine auriculaire, avec d'autant plus de raison, semble-t-il, que ces abcès sont la très grosse majorité; toutefois l'état manifestement sain de la mastoïde me fit faire de fortes réserves. Néanmoins je la trépanai quand même et j'arrivai dans le crâne, sans trouver de pus; agrandissant la perforation opératoire, je blessai le sinus latéral qui fut tamponné et ne donna que très peu de sang; après cet accident sans importance, j'arrêtai l'intervention avec l'espoir d'avoir pratiqué un drainage d'appel pour le pus, s'il était dans le voisinage. Le lendemain l'état du malade s'était encore aggravé, et comme phénomène nouveau, on trouvait de l'inégalité pupillaire, la pupille droite étant la plus dilatée. Je fis reporter le malade à la salle d'opération, et résolus de faire la trépanation là où siégeait la douleur. Après rasage du crâne et incision des téguments, je fis, avec la grosse fraise de Doyen, quatre trous allant jusqu'à la dure-mère, ces points furent réunis entre eux par trois traits à la gouge et au maillet, de façon à laisser un pédicule qui fut fracturé, la fracture obtenue, on put relever le volet osseux et le séparer de la dure-mère, cette première partie de l'opération s'accomplit rapidement et facilement et ne s'accompagna d'aucune lésion de la dure-mère qui apparut distendue et non animée de battements; elle fut alors incisée parallèlement aux bords de la perte de substance osseuse; aucune trace de pus n'existait à sa face profonde, ni à la surface du cerveau; celui-ci, que ne soulevait aucun battement, avait un aspect à peu près normal, mais il était évidemment distendu, car il se hernia immédiatement à travers la brèche dure-mérienne; la lame du bistouri, enfoncée à deux centimètres, fit alors à la substance corticale une éraillure par laquelle s'échappa aussitôt un pus épais et crémeux; cette ouverture fut agrandie avec le doigt, l'abcès entièrement vidé et sa cavité lavée avec précaution. Drainage, réapplication du volet osseux, suture et pansement. Mais l'intervention était trop tardive, le malade mourut dans la nuit.

L'autopsie montra que l'oreille était saine, et que l'abcès siégeait bien dans le lobe temporal. *Aucune trace d'ostéite en aucun point de la paroi crânienne.*

L'examen du pus, pratiqué à l'Institut Pasteur, par M. Deléarde, révéla la présence du pneumocoque.

Ce malade, on l'a vu, indiquait bien comme le plus douloureux un point dans une région où avait antérieurement porté un traumatisme; mais ce traumatisme, sur lequel nous ne possédions aucun renseignement, n'avait laissé aucune trace; on ne trouvait ni saillies, ni dépressions anormales à la surface du crâne, on ne voyait même pas de cicatrice cutanée; par contre nous possédions un commémoratif: une surdité constatée pendant un séjour de quelques heures que le malade avait fait dans la salle peu de jours auparavant. Cette surdité, n'était-il pas logique de la mettre sur le compte de lésions anciennes de l'oreille que le malade ne nous révélait pas à cause de son état d'obnubilation? ce point admis, la pathogénie des accidents se trouvait mise très simplement en lumière: la suppuration de l'oreille avait cessé de couler à l'extérieur, mais des phénomènes très graves était survenus du côté du cerveau; ainsi le traumatisme n'était plus considéré que comme un fait sans importance.

Cette pathogénie si simple et qui est bien celle de la très grande majorité des abcès du cerveau ne peut, comme nous l'a montré la lecture de l'observation, être invoquée dans les circonstances actuelles. L'oreille était saine et il est certain que la surdité constatée pendant le premier séjour du malade à l'hôpital était d'origine centrale et due à la présence de l'abcès au niveau du centre de l'audition. Le reste du crâne osseux était sain également: aucune suppuration de voisinage ne vient donc nous expliquer le mécanisme de la formation de cet abcès. De ce fait, le traumatisme acquiert à nos yeux une importance nouvelle, car il a dû causer une destruction partielle de la substance cérébrale, par contusion directe; par quelle voie ce foyer de contusion s'est-il infecté? C'est un point qui demeure obscur et cette obscurité est constatée dans un certain nombre d'observations de même genre où on voit l'abcès apparaître tardivement, loin de la blessure initiale, sans continuité avec elle; dans certains cas même, cette blessure peut n'être qu'une simple plaie du cuir chevelu.

On a vu que — nous nous y attendions et l'avions annoncé aux assistants avant l'intervention — nous avons fait une trépanation blanche de l'apophyse mastoïde. Dès lors nous ne possédions plus comme indication possible du siège de l'abcès que la douleur nettement localisée en un point; nous nous sommes fié à ce symptôme et cette céphalalgie très intense et très fixe nous a conduit directement sur le pus; Horsley et Lohmeyer ont obtenu le même résultat en trépanant également au point le plus douloureux; mais il faut savoir qu'en s'exagérant la valeur de ces faits heureux on s'exposerait à des mécomptes; c'est ainsi, par exemple, que Hulcke a localisé dans le cervelet un abcès qui siégeait bel et bien dans le lobe temporal.

Nous n'avons pas été assez heureux pour sauver

notre malade, du moins, avons-nous suivi la seule conduite thérapeutique logique, et lui avons-nous donné la seule chance de survivre à une affection fatalement mortelle. Peut-être, si cet homme ne s'était pas enfui de l'hôpital, lors de son premier séjour aurait-il en se soumettant à l'opération d'une façon plus précoce, augmenté lui-même ses chances de guérison, — chances qui sont loin d'être négligeables puisque à l'heure actuelle, la trépanation est suivie de guérison, dans environ 50 °/₀ des cas,

Un cas d'empoisonnement par la créosote,

par le docteur de Lauwereyns de Roosendæle,

Médecin aide-major de première classe au 19e régiment de chasseurs

Bien que la créosote ait acquis depuis ces dernières années un emploi si fréquent, soit à l'intérieur, soit en inhalations, les empoisonnements aigus produits par cette substance sont encore rares, et je crois utile de faire connaître le cas suivant qu'il m'a été donné d'observer dernièrement.

Madeleine X..., âgée de 3 ans 1/2, était atteinte de grippe avec légères manifestations trachéales et pharyngiennes, le médecin habituel de sa famille avait prescrit du sirop d'ipéca et des inhalations de créosote ; or, la mère administra, par méprise, à la petite malade, une cuillerée à café de créosote pure au lieu du sirop prescrit. Aux cris de souffrance de l'enfant et à l'odeur caractéristique du médicament, l'erreur fut de suite reconnue ; on fit immédiatement prendre à la fillette trois cuillerées de sirop d'ipéca et on m'envoya chercher d'urgence comme étant le médecin le plus voisin.

Je pris, à tout hasard, de la poudre d'ipéca que j'avais sous la main, et, j'arrivai chez la malade environ une demi-heure après l'accident.

Je trouvai l'enfant inerte dans son lit, la face pâle, les yeux à demi clos, le corps en résolution complète, les membres flasques et la peau baignée d'une sueur abondante, les respirations étaient courtes et le thorax de l'enfant se soulevait à peine à chaque inspiration. La bouche entr'ouverte laissait voir la muqueuse sillonnée de traces blanchâtres légèrement surélevées, la langue était pâteuse et recouverte d'un épais enduit crémeux, qui existait du fait de l'affection en cours. L'arrière-bouche et le pharynx présentaient une coloration intense, interrompue çà et là par des brûlures grisâtres.

Les pupilles étaient fortement rétrécies et la sensibilité de la cornée très atténuée.

Les membres ballants ne réagissaient pas aux excitations extérieures.

Le pouls était petit et lent.

Je fis prendre de suite à l'enfant environ 0 gr. 40 cent. de poudre d'ipéca en suspension dans de l'eau tiède ; puis, les vomissements tardant à se produire, je saisis la malade sous mon bras gauche, et, lui introduisant l'index droit dans l'arrière bouche, je cherchai à exciter le réflexe pharyngien. Après des titillations soutenues, j'obtins un vomissement aqueux, répandant une forte odeur de créosote, et dont le contact sur la main me produisit une sensation de picotement notable. L'absorption d'une nouvelle quantité d'eau chaude, suivie de titillations de la luette, amena un second vomissement qui contenait cette fois du lait caillé, et présentait, comme le premier, une forte odeur de créosote.

Je laissai enfin reposer l'enfant qui retombait dans sa torpeur après chaque vomissement, tout en lui faisant appliquer des boules d'eau chaude aux pieds et des linges chauds sur le corps. Au bout de quelques instants, la respiration se régularisa, les inspirations devinrent plus profondes et le pouls prit de l'ampleur.

Trois heures après, la petite malade sortait de son état comateux et reconnaissait ses parents. Sa température axillaire était alors de 38°, et son haleine répandait une forte odeur de créosote.

Le soir, l'état général s'était encore amélioré, et la fillette, jouant sur son lit, ne se plaignait que de ses brûlures buccales et pharyngées. Ses urines, que l'on n'avait pas conservées, présentaient, au dire des parents, une coloration rougeâtre prononcée.

Les jours suivants, aucune complication ne survint du côté du pharynx ou du tube digestif, et la déglutition, qui avait été pénible pendant plusieurs jours, permit enfin de reprendre une alimentation ordinaire.

Cette observation m'a suggéré les remarques suivantes :

Miguet, dans le Dictionnaire thérapeutique de Dujardin-Beaumetz, note le vomissement parmi les phénomènes qui accompagnent l'empoisonnement par la créosote ; or, chez Madeleine X..., la créosote a semblé produire, au contraire, une résistance manifeste au vomisssement, puisque trois cuillerées à café de sirop et 0 gr. 40 cent. de poudre d'ipéca n'ont pas suffi pour forcer l'estomac à rejeter son contenu ; ce n'est qu'à la suite de titillations soutenues de la luette que j'ai pu obtenir une évacuation stomacale. Il est vrai que, chez notre malade, la dose de toxique absorbée a été relativement faible, puisque, d'après la petite enquête que j'ai faite de suite, l'enfant, désagréablement surprise par le contact du caustique, qu'on lui disait être du sirop, en avait rejeté une certaine quantité. Quoi qu'il en soit, la dose absorbée avait été cependant suffisante pour produire, outre les brûlures constatées, des phénomènes d'intoxication grave.

Nothnagel et Rossbach, dans leur Traité de thérapeutique, signalent l'emploi de la créosote contre les vomissements, en ajoutant qu'elle n'agit qu'au même

titre que la benzine, c'est-à-dire comme antiputride. Pour nous, nous pensons que la créosote peut produire un effet antiémétique non-seulement comme antiputride, mais encore comme antispasmodique et même comme paralysant stomacal ; les phénomènes de paralysie transitoire observés dans les membres de notre malade, et le retrécissement pupillaire, indice d'une paralysie du grand sympathique, semblent à l'appui de notre hypothèse ; aussi, nous croyons-nous autorisé à conclure que, dans un cas d'empoisonnement aigu par la créosote, il est inutile et dangereux d'attendre l'action des émétiques, et qu'il faut avoir recours, aussi tôt que possible, à l'emploi de la pompe stomacale ou au moyen plus simple qui nous a réussi.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Société de Chirurgie. — La discussion porte sur le traitement des coxalgies suppurées. Certains auteurs (Schwartz) recommandent la résection, au moins chez l'adulte ; d'autres (Kirmisson) trouvent cette opération dangereuse, et ses résultats plus mauvais que ceux qu'on obtient par le traitement conservateur.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Avira-gnet a observé deux cas d'obstruction intestinale coïncidant avec une appendicite suppurée.

Société de Biologie. — MM. Wertheimer et Lepage ont montré que non seulement le duodénum, mais encore le géjunum, peuvent servir de point de départ au réflexe sécrétoire du pancréas, sous l'action des acides. Ces faits fournissent le premier exemple d'un réflexe ganglionnaire produit par l'action de l'*excitant physiologique* sur les extrémités terminales des nerfs sensibles.

Analyses de Mémoires français & étrangers

Asepsie opératoire, par le Dr Tuffier.

(*Presse médicale*, Paris, 9 septembre 1899).

L'asepsie a pour but de prévenir la présence des germes dans le champ opératoire. Elle est *préservatrice* et non curatrice de l'infection.

L'asepsie doit être réalisée avant, pendant et après l'opération.

1° Asepsie avant l'opération. — Il s'agit d'abord de stériliser tout ce qui sera en contact immédiat avec la plaie. Il y a d'un côté le *matériel*, facilement stérilisable, de l'autre le *chirurgien* et le *malade*, dont les téguments sont difficiles à désinfecter.

Pour le matériel, le meilleur agent de stérilisation est la chaleur humide. L'ébullition des instruments dans une solution de chlorate de soude constitue le procédé par excellence de la chirurgie d'urgence et de la chirurgie à la campagne.

L'autoclave de Chamberland est actuellement employé d'une façon générale pour la stérilisation des objets de pansement. Il permet d'obtenir en outre de l'eau stérilisée.

Une fois les instruments stérilisés, évitez de les changer de récipients, vous aurez une chance d'infection en moins. Evitez également les aides trop nombreux. Prenez directement vous-même vos instruments et vos compresses.

L'asepsie des mains du chirurgien et du malade se fera de la façon suivante :

1° Lavage, brossage, savonnage à l'eau stérilisée ;

2° Curage parfait des ongles ;

3° Passage à l'alcool et rinçage à l'eau.

Ne pas essuyer.

Ne touchez plus de zones forcément infectées et ne laissez jamais des liquides septiques sécher sur vos mains.

2° Asepsie pendant l'opération. — Deux cas peuvent se présenter : 1° ou bien on s'adresse à des tissus non infectés ; 2° ou bien on s'attaque à une lésion septique. Mais il y a un ensemble de précautions communes à toutes les opérations. Comme la désinfection des mains ne peut être absolue, il faut diminuer autant que possible *la durée et l'étendue du contact des mains* avec le champ opératoire.

N'opérez qu'avec un seul aide. — Ne vous embarrassez pas d'un arsenal trop compliqué.

« *Opérez vite* », et en dehors des avantages énormes dont votre malade bénéficie : absence de choc, diminution de la durée de l'anesthésie, etc., vous contribuerez puissamment à votre asepsie opératoire. Il ne faut pas vous persuader que parce que vous êtes propres vous avez le droit d'être lents. Diminuer la durée d'une opération, c'est diminuer les chances d'infection, puisque vos mains et vos instruments, quelles que soient vos précautions, croissent en septicité proportionnellement à la durée opératoire.

Réduisez au minimum la surface de contamination en couvrant le champ opératoire de compresses sté-

riles. Assurez la *siccité parfaite* des surfaces cruentées, évitez les lavages. Il vaut beaucoup mieux nettoyer soigneusement avec un tampon bien absorbant de gaze stérilisée.

Pour l'opération septique, conduisez votre opération de façon à réduire au minimum la durée de la période septique et prévenez l'épanchement du pus dans les parties de la plaie non infectées.

3° Asepsie après l'opération. — La propriété capitale du pansement aseptique est d'assurer l'occlusion du dehors en dedans et la perméabilité de dedans en dehors. Il faut pratiquer un drainage soigneux.

La gaze est le meilleur agent de pansement. Elle absorbe moins que l'ouate, mais permet plus facilement l'évaporation.

Il ne faut se servir d'imperméable que dans les cas où l'on veut protéger le pansement contre les sécrétions normales (urine, etc.).

L'observation de ces règles permettra de prévenir l'infection et d'opérer dans des conditions de sécurité aussi complètes que possible. Dr G. P.

Variétés & Anecdotes

Maladies et signes à nom propre *(suite)* (1)

Balfour (maladie de). Affection caractérisée par des néoformations sarcomateuses dans les os, principalement dans ceux du crâne et de la face, avec coloration verdâtre (chlorome).

Bard (signe de vie). Sert à différencier le nystagmus organique du nystagmus congénital. Dans le premier, les oscillations du globe de l'œil augmentent quand le malade suit le doigt du médecin promené devant son œil; dans le second, les oscillations disparaissent dans ces conditions.

Baumès (signe de). Sternalgie, dans l'angine de poitrine.

Beer (méthode de). Destinée à réveiller le réflexe respiratoire, en excitant les terminaisons du trijumeau (lèvres et muqueuse buccale) par friction rythmée avec un morceau de glace.

Begbie (symptôme de). Exophtalmie.

Borsieri (ligne de). Au début de la scarlatine, si l'on trace une raie avec l'ongle sur la peau, on voit apparaître un trait pâle, auquel succède presque aussitôt un trait rouge moins pâle.

Bozzolo (signe de). Dans certains cas d'anévrysme de l'aorte thoracique, on observerait un pouls au niveau des narines.

Charcot-Guinon (maladie de). Démence secondaire à certaines formes de dystrophies musculaires juvéniles ou tardives.

Clapton (lignes de). Liséré verdâtre des gencives, caractéristique de l'empoisonnement chronique par le cuivre.

(1) Voir *Echo médical du Nord*, 1898, page 467.

Concato (maladie de). Affection tuberculeuse à poussées successives frappant les diverses séreuses.

Federici (signe de). Perception des bruits du cœur dans toute l'étendue de l'abdomen chez un sujet atteint de péritonite par perforation avec issue des gaz intestinaux dans le péritoine.

Filippovitch (signe de). Coloration grisâtre que prend la plante des pieds des typhiques à la période d'état, et qui disparaît lors de la convalescence.

Flint (signe de). Souffle présystolique à la pointe que l'on observe parfois dans l'insuffisance aortique, même sans association de rétrécissement mitral.

Graux-Féréol (Ophtalmoplégie, type). Paralysie associée des muscles droit interne d'un côté, et droit externe du côté opposé.

Guye (symptôme de). Impossibilité de fixer l'attention sur un objet déterminé (aprosexie); joint à la céphalalgie, ce signe caractériserait le surmenage des écoliers.

Harrison (sillon de). S'observe chez les rachitiques, pendant les inspirations profondes, entre le thorax et la partie supérieure de l'abdomen, au niveau des insertions du diaphragme.

Hirschfeld (maladie de). Forme de diabète à marche très rapide

Horvard (méthode de). Procédé de respiration artificielle.

Jadelot (lignes de). Sillon qu'on observe sur la face d'un enfant malade et qui indiqueraient l'existence d'une affection grave. Ce sont, dans les maladies cérébro-spinales, la ligne oculo-zygomatique, et dans les maladies abdominales la ligne nasale et la ligne génienne.

Jaffé (signe de). L'écoulement du pus par une canule enfoncée dans un abcès sous-diaphragmatique est plus fort pendant l'inspiration que pendant l'expiration; si la collection est thoracique, c'est l'inverse qui a lieu

Kohlbaum (maladie de). Affection mentale cyclique, présentant des stades successifs de mélancolie, de manie, de stupeur et de démence.

Legal (maladie de). Céphalalgie due à une affection pharyngo-tympanique.

Pick (maladie). Pseudo-cirrhose hépatique secondaire à la péricardite adhésive.

Rust (maladie de). Tabes avec lésions localisées à la région cervicale.

Sander (maladie de). Paranoïa systématique.

Schule (signe de). La contraction du muscle frontal produit chez les mélancoliques un ensemble de rides parallèles, situées à la racine du nez.

Tomaselli (maladie de). Fièvre produite par l'ingestion de quinine.

Whytt (maladie de). Hydrocéphalie.

Wichmann (asthme de). Laryngite striduleuse.

Willis (asthme convulsif de). Asthme à accès subits dus à une affection des nerfs intercostaux.

Malade gai.

Les malades, même quand ils sont gravement atteints, ne perdent pas tous leur gaîté. A preuve cet ascitique qui adressait à son médecin le poème humérique que voici :

Audi, doctor, me clamenten,
Trista voce lamentantem!
Aqua horrida interna
Ventris plena est caverna!
Diaphragma, in thoracem
Aquae vi impressum, pacem
Rapit jam pulmoni, omnes
Fere noctes sunt insomnes.
Nunquam autem tulit venter
Meus aquam — phy! — libenter!
Ergo, doctor fac me salvum
Aqua liberando alvum,
Ne sis Fabius Cunctator,
Veni Masius Punctator.

(*Le Scalpel*).

Une sage-femme enlevée par des brigands en Turquie.

Il y quatre ans, Mme Branzeau, notre compatriote, sage-femme du Palais impérial et directrice des bains de Yalova, fut enlevée en Turquie par des brigands, et restituée également par les brigands, après versement de la forte somme. Les Turcs ont payé les menus frais d'enlèvement.

(*Gaz. méd. de Paris*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans sa séance publique annuelle du 12 décembre, **l'Académie de médecine** a accordé : 1° à titre de récompense à MM. Carrière et Vanverts, de Lille, la somme de 400 fr. sur le Prix Amussat pour leur travail *Sur la ligature des vaisseaux spléniques chez l'animal et chez l'homme.*

2° Sur le Prix Barbier, une mention honorable à M. Carrière, pour son travail : *Tentatives expérimentales d'immunisation contre le tétanos et le venin des serpents.*

3° Pour le service des épidémies, un rappel de médaille d'argent à MM. le docteur Mantel, de Saint-Omer et Reumaux, de Dunkerque ; une médaille de bronze à MM. les docteurs Crèvecœur, de Calais ; Lestoquoy d'Arras.

4° Dans le service d'hygiène de l'enfance, un rappel de médaille de vermeil à M. le docteur Joly, de Fauquembergue (Pas-de-Calais) ; un rappel de médaille d'argent à M. le docteur Frémicourt, de Jaulgonne (Aisne) ; une médaille de bronze à MM. les docteurs Faidherbe, de Roubaix ; Guillemant, de Bourlon (Pas-de-Calais) ; un rappel de médaille de bronze à M. le docteur Delasalle, de Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais).

5° Dans le service de la vaccine, une médaille de vermeil à M. le docteur Faidherbe, de Roubaix ; une médaille d'argent à M. le docteur Dourlens, de Bruay ; un rappel de médaille d'argent à M. le docteur Frémicourt, de Jaulgonne (Aisne) ; Jenot, de Dercy (Aisne) ; une médaille de bronze à M. le docteur Alexandre, d'Arques (Pas-de-Calais) ; Georgiadès, de Jaulgonne (Aisne).

Nous adressons à notre collègue, le professeur agrégé Carrière, et à nos confrères, ainsi distingués par l'Académie, toutes nos félicitations.

— Dans la décision ministérielle du 7 décembre, nommant à des postes divers, nous relevons la nomination de M. le docteur Beaujeu, aide-major de 2e classe au 33e de ligne, à Arras.

— M. le docteur Chocréaux, médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Alençon, vient d'être promu à la classe exceptionnelle du cadre. Nos félicitations à M. Chocréaux, ancien élève de notre faculté.

— A la séance du 15 Décembre du **Syndicat médical de Lille et de la région**, le bureau pour 1900 a été maintenu tel qu'il était en 1899. M. le docteur Lambin, président ; MM. les docteurs Cochez, Quint, Delassus, Ausset, vice-présidents ; Defaux, trésorier ; Gallois, secrétaire général ; M. le docteur Coorevits remplace, comme secrétaire-adjoint, M. Descheemaeker, qui s'est désisté.

Le dîner annuel statutaire a été fixé au samedi 20 Janvier 1900.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Lyon. — M. le docteur Bard, professeur d'hygiène, vient d'accepter l'offre de la chaire de clinique médicale de l'Université de Genève.

Legs et donations

M. Osiris, le philanthrope éclairé, dont les libéralités ne se comptent plus, vient de faire donation, à l'Institut de France, d'un capital représentant 32.000 francs de rente, dont les arrérages, accumulés pendant trois ans, permettront à l'Institut de décerner un prix triennal de 100.000 fr. « à la découverte ou à l'œuvre la plus remarquable qui se sera produite au cours de la période de trois ans écoulée, dans la science, dans les arts, dans l'industrie, et en général tout ce qui peut servir à l'intérêt public ». L'auteur de l'œuvre récompensée devra être de nationalité française.

Distinctions honorifiques

Epidémies. — M. le docteur Robineaud (de Bordeaux), reçoit une *médaille de bronze* pour acte de courage et de dévouement.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Rafailhac, président du syndicat médical du Médoc, à Margaux (Gironde) ; Baudron, d'Ouguer-le-Marché (Loir-et-Cher) ; Chevalier, de Baugé (Maine-et-Loire) ; Vellet, de Roquebrune (Var), Ebrard, de Nîmes (Gard).

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1900, par H. Bocquillon Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'École de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 324 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

L'année 1899 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux ; le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1900 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons en particulier : Acide cinnamique, Acoïne, Amylène-chloral, Anémonine, Anésine, Anytyne, Aspérine, Astérol, Bromipine, Cacodylate de soude, Chloralbacide, Cosaprine, Créosoforme, Crésamine, Dionine, Echtol, Eudermol, Eunol, Fluorure d'ammonium, Formiate de lithine, Gélatine, Guilol, Héroïne, Homocréosol, Iodipin, Iridine, Malarine, Naphtolane, Nirvanine, Nitrite de soude, Oxycamphre, Phénalgine, Phénégol, Phospholutéine, Pipizoac, Quinine (uréo-chlorhydrate de), Quino-chloral, Siroline, Sugarine, Tannocaseum, Tannocol, Tenaline, Thymoforme, Vanadate de soude, Vasothion.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que : Airol, Benzacéline, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne, Ferripyrine, Glycérophosphate, Icthyol, Kola, Menthol, Résorcine, Salypirine, Salophène, Somatose, Strophantus, Trional, Urotropine, Xéroforme, etc., etc.

Le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, mode d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du journal.

— **Nécessité du drainage par les voies biliaires accessoires dans les opérations pratiquées aussi bien sur les voies biliaires principales que sur les voies biliaires accessoires**, par le docteur Delagenière, extrait du *XIIe Congrès français de chirurgie*, 1898.

— **Voyage de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne**, compte-rendu de la *Gazette des eaux*, 1899, Maloine, Paris.

— **Trois cas d'émasculation totale pour cancer de la verge** par le docteur Pantaloni, extrait des *Archives provinciales de chirurgie*, 1898.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

49e semaine, du 3 décembre au 9 décembre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	7
3 mois à un an	7	6
1 an à 2 ans	7	3
2 à 5 ans	1	8
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	4	8
40 à 60 ans	7	7
60 à 80 ans	7	9
80 ans et au-dessus	1	2
Total	42	53

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	7	14	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	6	14	21
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	1	4	»	»	4	»	»	»	»	»	7	21	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	04	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	3	»	1	»	1	»	1	2	1	2	»	»	3	1	»	1	»	»	2	18	12
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	7	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	5	7	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3
Total	»	3	»	1	»	1	»	2	19	4	11	»	»	12	1	»	1	»	»	40	95	119

N° 154. Troisième Année, N° 52. Le Numéro : 10 centimes. 24 Décembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

ABONNEMENTS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1900, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste, en y ajoutant 0 fr. 45 pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur l'épilepsie méningitique chronique des adultes,

par le Dr **P. Kéraval**, médecin en chef de l'Asile d'Armentières.

Observation recueillie par **P. Boutrois**, interne de service.

Il est évident que le mot épilepsie remplit actuellement l'office que remplissait, il y a quelque trente ans, le mot paraplégie; il masque une foule d'entités morbides totalement inconnues.

Voici une Observation tout à fait obscure d'épilepsie imputable *post mortem* à une lésion des méninges, avec hydrocéphalie interne extrême, qui, tout incomplète qu'elle soit, n'en doit que davantage appeler l'attention des médecins sur des faits du même genre. Elle doit nous engager à prendre patiemment et complètement les Observations de nos épileptiques et à étudier les pièces anatomiques de ces malades à fond dans nos laboratoires, lorsque nous ne nous heurtons pas à des impossibilités, bien entendu.

Le malade dont on va lire l'histoire élémentaire que nous avons pu faire a été amené dans notre service sans autres renseignements que ceux qui sont transcrits plus bas. Il y est mort en très peu de jours, en présentant l'appareil symptomatique que nous avons relevé. Et l'autopsie a permis de constater ce qui est également constaté ci-après.

OBSERVATION. — Br...., J.-B., né à Halluin, le 28 mars 1851 (48 ans).

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents personnels. — Le malade arrive de l'hospice d'Halluin, où il se trouve depuis huit ans. D'après le certificat médical émanant du Dr PIERCHON, médecin de cet hospice, et les renseignements que nous avons pu obtenir, Br.... avait de fréquents accès d'épilepsie.

Sa raison était fortement déséquilibrée.

Complètement illettré, incapable de travail, il avait, surtout la nuit, des crises épileptiques précédées et suivies d'accès de fureur durant lesquels il devenait impossible de l'approcher, car il cherchait à mordre et à frapper.

En dehors des accès, il restait méchant, brutal, têtu, sous le coup d'impulsions qui le forçaient à injurier ses voisins, à maltraiter les gens qu'il rencontrait, surtout les enfants.

Le 22 mai, un accès de fureur plus violent se déclare ; il se jette, dans la rue, sur un passant, et le frappe violemment.

Arrêté par la police, il oppose une vive résistance ; finalement ligotté, il cherche encore à mordre. Conduit à l'hôpital de Lille le 23, il y reste jusqu'à son

admission à l'Asile d'Armentières, où il entre le 1er juin.

Etat au moment de l'entrée. — C'est un homme de petite taille, très maigre.

Le crâne est bombé, surélevé dans la région pariétale; — les bosses frontales et pariétales sont cependant effacées;— la protubérance occipitale externe est au contraire très saillante.

Les yeux sont petits, vitreux, enfoncés sous les arcades orbitaires qui forment sur la face une saillié très marquée.

Le nez est petit, mince, effilé du bout.

Les mâchoires sont fortes.

Les membres sont grêles. Aux mains, les doigts, irréguliers de forme, noueux, sont terminés en massue. Ils sont néanmoins assez minces et relativement longs.

Les orteils sont déformés.

Le thorax est d'aspect normal.

La verge est atrophiée, extrêmement mince et courte; elle disparaît complètement dans le fourreau et semble enfoncée dans l'abdomen, par suite de la tuméfaction produite par un hydrocèle du côté droit.

Le système pileux est peu développé. La barbe et les cheveux sont très clairsemés. Il n'existe pas de poils sur le thorax ni sur les jambes; au pubis, comme aux aisselles, ils sont très rares.

Le malade a deux escarres ; une dans la région lombaire, grande comme une pièce de cinq francs; l'autre, sacrée, large comme la paume de la main.

Br... est en proie à une sorte de délire avec alternatives d'agitation et de dépression, allant parfois jusqu'à la torpeur.

La peau est froide; l'hypothermie est très sensible.

Des sueurs visqueuses et abondantes, suintant en grosses gouttelettes, surtout sur le front et sur la face, inondent le malade. Il est, en outre, secoué par des convulsions cloniques ou raidi par des contractures : on le voit parfois se tordre sur son lit, le corps animé de soubresauts convulsifs tels que les doigts et les orteils se crispent, tandis que le pouce va jusqu'à se luxer en avant et en arrière.

On constate des flexions convulsives de toutes les articulations des membres; elles sont remplacées par une rigidité qui n'est autre que de la contracture.

A noter une rotation exagérée en supination et en pronation forcées de l'avant-bras sur le bras, qui détermine de bizarres et passagères déformations.

L'obnubilation mentale est, le plus souvent, presque complète : le malade est à peu près indifférent aux événements du monde extérieur; il est difficile de fixer son attention, qui semble nulle.

De temps à autre pourtant, lorsqu'on s'approche de lui, il tend les bras, comme s'il voulait saisir quelqu'un ou quelque chose, en faisant d'affreuses grimaces ; ses mains se referment alors convulsivement et avec force sur les objets qu'on lui présente, après quelque hésitation toutefois dans les mouvements.

Le langage est réduit à quelques mots de flamand sans suite, à des cris, des grognements inarticulés, poussés de façon intermittente.

3 juin. — L'agitation se calme graduellement pour faire place à une dépression plus marquée.

Les convulsions sont plus rares, moins prononcées.

On ne tire qu'avec peine le malade de sa torpeur croissante pour le faire boire.

Les eschares pansées à la vaseline iodoformée semblent s'améliorer.

4 juin. — Le malade tombe dans le coma. La résolution est complète A peine de temps à autre, quelques secousses convulsives très faibles.

La respiration est haletante.

5 juin. — Mort à 5 heures du soir.

L'autopsie est pratiquée le 6 juin, quinze heures après la mort.

Les membres sont raidis en flexion. Les doigts et les orteils sont fortement crispés

A l'ouverture du thorax, nous constatons quelques adhérences pleurales du côté droit.

Poumon droit légèrement congestionné à la base du lobe inférieur, en arrière et en dedans.

Poumon gauche normal.

Léger épanchement péricardique.

Cœur gras. — Légère dilatation du ventricule droit.

L'estomac est dilaté.

Le foie est un peu hypertrophié, légèrement congestionné.

Les autres viscères abdominaux paraissent sains.

Atrophie exagérée de la verge, à peine grosse comme le petit doigt, longue seulement de cinq centimètres.

L'hydrocèle renferme environ 500 grammes de liquide clair et citrin.

Les testicules sont très atrophiés également.

Crâne. — Surface osseuse complètement lisse. Sutures effacées. Aucune saillie correspondant aux bosses frontales et pariétales.

La protubérance occipale externe est très développée.

Circonférence = 62 centimètres.

Les trois méninges, très épaissies, forment une masse unique criant sous le scalpel; elles ont l'aspect d'une aponévrose enveloppant une masse arrondie et fluctuante qui est le cerveau, et sont parcourues d'arborisations veineuses très dilatées. Cette coque méningée a contracté des adhérences nombreuses et solides avec la base du crâne, mais point ailleurs.

Sept cent cinquante grammes environ d'un liquide incolore, limpide, s'échappent des ventricules latéraux, qui sont extraordinairement dilatés et forment deux vastes poches dont les parois s'affaissent comme celles d'une vessie vide et flasque, après évacuation de leur contenu.

Ces parois, formées par la substance cérébrale amincie, sont déformées au point que les sillons extérieurs sont presque effacés et que l'ensemble des circonvolutions forme une nappe à peu près lisse, exactement comme dans l'hydrocéphalie congénitale.

Les vaisseaux veineux qui parcourent cette surface forment un lacis très compliqué, grâce à leur dilatation qui en dessine les rameaux les plus ténus.

L'épaisseur de la substance cérébrale est réduite à environ un centimètre. — Elle est d'ailleurs très ramollie.

Les trous de MONRO sont très élargis (deux centimètres de diamètre).

Le corps calleux forme une lame si mince et si ramollie qu'elle s'effrite en bouillie au moindre attouchement.

Dilatation du troisième ventricule, de l'aqueduc de SYLVIUS et du quatrième ventricule.

Pas de tumeur.

Les plexus choroïdes sont complètement exsangues.

Pas de lésions apparentes du côté du cervelet.

Le canal épendymaire est également distendu dans une partie de la portion cervicale de la moelle.

En résumé, ce malheureux avait été placé à l'hospice comme épileptique ordinaire plusieurs années auparavant ; en ce séjour, sa conduite et ses allures n'avaient pas tardé à être celles des épileptiques aliénés.

On l'amène à l'asile d'Armentières en plein délire ; il est alors à peu près impossible d'établir un diagnostic. Nous formulons, le lendemain de son entrée, le certificat suivant :

Br... est amené dans un état de santé très défectueux ; il ne tient pas debout, gâte et a une escarre cruciale dans le milieu du dos ; le sacrum et la région fessière présentent quelques excoriations. Très obnubilé à son entrée, il raconte, ce matin, qu'il est malade depuis longtemps, qu'il était couché chez lui et que c'est pour cela qu'il a des plaies dans le dos. Les muscles ont perdu actuellement leur tonicité, et ses mouvements ont, par suite, une mobilité rappelant celle des polichinelles qui servent de jouets aux enfants. Signes physiques de la dégénérescence. Br... serait épileptique et aurait, sous l'influence de ses attaques, des impulsions avec agitations graves ; à contrôler, s'il survit, ce qui est improbable.

Or, il mourut dans les conditions indiquées dans l'Observation, cinq jours après son arrivée, sans qu'on ait pu obtenir aucun résultat thérapeutique.

La méningite chronique avec hydrocéphalie interne aiguë explique cette fin. Nous n'avons pu en savoir plus long.

Il nous paraît indispensable de rapprocher de ce fait l'Observation publiée par M. BRESLER sous le nom de **méningite chronique ventriculaire des adultes** (*Neurologisches Centralbatt*, XVII, 1898).

Il s'agissait d'un épileptique à propos duquel l'auteur se demandait pendant la vie du malade si la névrose n'avait pas eu pour origine une légère commotion cérébrale et l'alcoolisme. On constatait ultérieurement le remplacement des accès convulsifs par des accès de vertiges. L'hypothèse d'un fragment de la lame vitrée ayant enflammé les méninges et l'écorce était également mise en avant, à raison précisément des commémoratifs. Quelques mois plus tard apparaissaient des phénomènes de démence paralytique que l'on pouvait tenir soit pour une forme de l'obnubilation épileptique, soit pour une véritable paralysie générale consécutive à l'alcoolisme et ayant engendré l'épilepsie, soit enfin pour une pseudo-paralysie générale escortée des symptômes précédemment signalés. Enfin il y avait lieu de penser à une tumeur cérébrale.

A l'*autopsie*, il n'existait ni paralysie générale, ni tumeur, ni éclats osseux. En revanche une énorme hydrocéphalie interne, comme chez le malade Br...., distendait les ventricules cérébraux; il y avait, en outre, granulations de l'épendyme, léger trouble de la piemère à la base. Ainsi s'expliquaient les convulsions épileptiques ultérieurement remplacées par les états du mal vertigineux, les accès vertigineux, l'obnubilation psychique.

C'est, pour l'auteur allemand, l'alcool qui, dans l'espèce, a causé tout le mal. Il a irrité le revêtement épithélial des plexus choroïdes et l'épithélium épendymaire. Ces éléments anatomiques, hyperplasiés, ont laissé passer un excès du liquide lymphatique qui s'est collecté dans les cavités cérébrales à un si haut degré qu'il a distendu ces cavités (*hydrocéphalie interne*) et, par sa propre masse, a entravé son propre écoulement. Ainsi s'est produite une pression cérébrale qui a, à son tour, gêné l'écoulement du liquide encéphalique. La pression intraventriculaire a agi sur la substance cérébrale, comprimée contre les parois du crâne, ainsi que sur les veines et les granulations de PACCHIONI. Les autres symptômes convulsifs ont été dus à l'influence directe de l'alcool.

Il est à remarquer que le malade de M. BRESLER était devenu *amaurotique* et que, malgré les phénomènes de compression du cerveau relevés à l'autopsie, on n'avait point constaté chez lui de névrite optique avec étranglement de la papille. Cette amaurose devait, par conséquent, être attribuée à une lésion directe du lobe occipital.

L'examen de l'hydrocéphalie interne donne lieu, dans le cas particulier, aux mêmes réflexions que celui de l'hydrocéphalie interne de notre malade Br.... La substance cérébrale n'était point dissociée, point imbibée par le liquide ventriculaire. Le liquide hydrocéphalique a agi comme corps étranger exerçant une

compression de dedans eu dehors. De là à penser que l'encéphale soit capable lui-même, au moins dans une certaine limite, de régler l'arrivée et le départ du liquide cérébrospinal, il n'y a qu'un pas; sans quoi, la transsudation à travers le tissu nerveux se fût forcément produite. Il est à croire que, toutes les fois que l'encéphale luttait contre l'excès de réplétion intraventriculaire, il se produisait des phénomènes convulsifs ou des phénomènes nerveux analogues, et que, la compensation une fois obtenue, il s'établissait une espèce de détente. S'il n'en eût pas été ainsi, la mort serait arrivée bien plus tôt et le cerveau eût été déchiré par le liquide. Il est cependant arrivé un moment où l'écoulement de la surabondance de liquide déjà en excès dans les cavités encéphaliques ne s'est plus fait, la mort a eu lieu.

Notre malade Br... ne présentait aucune affection viscérale. Le malade allemand, lui, présentait simplement des traces d'une néphrite ancienne, mais d'une néphrite guérie, complètement guérie depuis très longtemps. Et ni l'un ni l'autre n'avaient aucune espèce d'œdème cérébral.

L'*hydrocéphalie interne des adultes* n'existe point en tant qu'affection indépendante, comparable à l'hydrocéphalie congénitale. C'est pourquoi la véritable dénomination de l'épilepsie en question nous paraît être celle d'épilepsie méningitique. Ainsi que le fait remarquer, à juste titre, suivant nous, M. Bresler, dans l'immense majorité des cas d'ydrocéphalie de ce genre, on en trouve la cause ; c'est ou une maladie infectieuse, ou une épendymite, ou un traumatisme, ou l'alcoolisme, ou plusieurs de ces causes simultanément. La méningite, l'épendymite, l'inflammation des plexus choroïdes sont les agents pathogènes immédiats de l'hydrocéphalie. Il n'y a pas plus d'hydrocéphalie interne idiopathique de l'adulte qu'il n'y a d'hydropéricarde idiopathique.

Il est donc judicieux de croire que dans le cas Br... il s'est agi d'une *méningite chronique généralisée* ayant produit une *hydrocéphalie interne*, cause des accidents épileptiques — et que, dans le cas de M. Bresler, on avait affaire à une *méningite ventriculaire chronique* — ayant, par le même mécanisme de l'hydrocéphalie interne, engendré des syndromes épileptiques. M. Bresler croit devoir accuser l'alcool ; nous ne pouvons, pour les raisons que nous avons exprimées plus haut, être explicite en ce qui concerne notre observation.

Clinique chirurgicale de M. le Professeur DUBAR

Obstruction intestinale par cancer de l'intestin. — Anus contre nature. — Nouveaux phénomènes d'obstruction deux ans plus tard. L'orifice de l'anus artificiel est oblitéré par une tumeur pelvienne. — Mort par cachexie. — Autopsie.

Par M. J. **Drucbert**, interne des Hôpitaux.

Observation. — T. . Arnolda, âgée de 44 ans, entre le 17 novembre 1897 dans le service de M. le professeur Dubar pour des phénomènes d'obstruction intestinale.

Jusqu'à la fin d'octobre, cette femme dit avoir toujours été bien portante. Elle a eu deux enfants qui sont venus à terme. Les suites de couches ont été normales : pas de péritonite. Pas de fausses couches. La ménopause s'est établie sans troubles sérieux à l'âge de 41 ans.

Elle n'avait jamais ressenti de douleurs abdominales et allait assez régulièrement à la garde-robe, plutôt un peu constipée, quand le 31 octobre, sans aucune cause occasionnelle, la malade fut prise de violentes coliques, de ballonnement du ventre, sans vomissements.

Elle se soigna chez elle avec des émollients, des lavements et des purgatifs. Après 9 jours de constipation opiniâtre, elle eut une selle qui fut suivie d'une rémission dans les phénomènes douloureux. Mais le ventre resta tendu, ballonné.

Le 11 novembre, elle entre en médecine dans le service de M. le professeur Combemale. Tous les moyens médicaux pour obtenir de nouvelles garde-robes restent sans résultat. L'état général de la malade s'aggrave rapidement M. Combemale la fait passer en chirurgie le 17 novembre.

La malade est très amaigrie ; les traits sont tirés, les yeux caves cerclés de noir ; les extrémités refroidies, le pouls petit, très fréquent.

L'abdomen est considérablement distendu. Les anses intestinales se dessinent volumineuses sous les téguments. Quelques-unes donnent à la percussion une sonorité tympanique, d'autres, particulièrement à droite, sont absolument mates.

La malade n'a pas eu de garde-robe depuis le 9 novembre ; elle n'a pas rendu de gaz par l'anus depuis au moins huit jours. Des vomissements d'abord bilieux se sont montrés, ils sont fécaloïdes depuis 48 heures.

L'existence d'une obstruction intestinale n'est pas douteuse. Mais quelle est la nature et le siège de l'obstruction ? Au point de vue de la nature, il faut rester dans le doute. Si les accidents paraissent avoir éclaté brusquement et peuvent faire penser à une bride, à une torsion de l'intestin, il faut considérer que 9 jours après les premiers symptômes la malade a eu une garde-robe, que l'obstacle s'est donc laissé franchir momentanément, pour fermer ensuite de nouveau l'intestin d'une manière hermétique. Les antécédents de la malade ne nous permettent pas de songer longtemps à une bride ou à une coudure de

l'intestin produite par des adhérences. Elle n'a jamais eu de péritonite. La malade déclare qu'il n'y avait pas de sang dans sa garde-robe du 9 novembre, qu'elle n'en a jamais rendu par l'anus. Aussi, bien que la palpation ne laisse percevoir en aucun point de tumeur abdominale, bien que le toucher rectal pratiqué très haut ne révèle aucun obstacle, on fait des réserves en ce qui concerne l'existence possible d'une tumeur intestinale.

Au point de vue du siège de l'obstacle, nous ne pouvons dire qu'une chose, c'est qu'il se trouve très probablement sur le gros intestin, en raison de la forme et du développement de l'abdomen, mais assez haut car les lavements donnés avec la canule rectale pénètrent sans difficulté. En tenant compte des douleurs ressenties au début par la malade dans la partie supérieure du ventre, on doit admettre que l'obstacle est très probablement sur le côlon transverse.

Comme l'état général de la malade est extrêmement alarmant et qu'il ne saurait permettre une intervention de longue durée, M. Dubar décide qu'il faut courir au plus pressé et, en raison du siège probable de l'obstacle, établir un anus dans la fosse iliaque droite ; quitte à lever plus tard l'obstacle, s'il est démontré par la marche de la maladie qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

La malade est opérée le 18 novembre. On arrive sur une anse instestinale énormément distendue, qui remplit toute la fosse iliaque. L'ouverture de cette anse est abouchée à la peau. Il s'écoule immédiatement et pendant toute la journée une quantité assez notable de matières brunâtres, bien liées. Les vomissements cessent et la malade peut supporter un peu de bouillon. Néanmoins la détente n'est pas complète. Un certain nombre d'anses intestinales continuent à se dessiner très volumineuses sous la peau. Le doigt, introduit dans l'anus artificiel, se meut librement dans l'intestin et ne sent pas de matières dures formant bouchon. En revanche, le doigt sent au-dessous de l'anse abouchée à la peau, une résistance très nette. La pression exercée sur l'abdomen au niveau des anses distendues n'amène aucune issue de matières par l'anus artificiel. Il ne peut donc s'agir là d'une paralysie de l'intestin ; il faut admettre quelque plicature qui s'oppose à l'issue des matières.

M. Dubar, constatant, le 20 novembre, au matin, que la situation ne s'est pas modifiée, se résout à faire à la paroi abdominale une seconde ouverture au dessous et en dehors de la première, en se rapprochant davantage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette incision le conduit sur une anse distendue du gros intestin, reconnaissable à ses bandelettes longitudinales. Il l'abouche à la peau et en pratique l'ouverture. Ce deuxième anus contre nature donne issue immédiatement et pendant quatre à cinq jours à une quantité extrêmement considérable de matières épaisses, brunâtres et molles. Plusieurs fois par jour on est obligé d'enlever le pansement qui en est rempli. On ne saurait croire la quantité extraordinaire des matières qui étaient accumulées dans l'intestin.

A partir de ce moment, l'état général de la malade s'améliore rapidement. L'appétit et les forces sont récupérées en quelques semaines. Le premier anus contre nature se ferme rapidement; le second, au contraire, fonctionne avec une régularité parfaite.

Lorsque le ventre fut détendu et redevenu souple, l'examen le plus attentif ne put faire découvrir le plus léger empâtement, la plus petite tumeur circonscrite.

Vers le mois de mai 1898, l'opérée ayant eu plusieurs selles, peu abondantes d'ailleurs, par les voies naturelles, demande si on pourrait la débarrasser de l'anus contre nature. De grands lavements administrés par le rectum laissent passer un peu de liquide par l'anus iliaque, mais réveillent des douleurs. On engage la malade à attendre à plus tard, ce qu'elle accepte d'autant plus volontiers qu'elle ne souffre pas et que, somme toute, satisfaite de son état, elle craint une nouvelle opération.

Cette femme vaquait sans trop de gêne à ses occupations, quand le 19 août 1899, de nouveaux accidents s'étant déclarés, elle est obligée de rentrer dans le service.

Quand nous l'examinons, il y a huit jours que son anus iliaque est tari ; la malade est affaiblie, cachectisée ; son ventre est distendu par les gaz, tympanique. La matité des flancs indique un léger épanchement ascitique ; l'intestin fait un peu hernie au niveau de l'anus artificiel.

Malgré l'état précaire de la malade, une intervention s'impose. Le ventre est tellement tendu qu'on ne peut avoir d'indications sur le siège de la nouvelle obstruction, mais le flanc droit est plus résistant que le gauche à la palpation, et le cul-de-sac droit du vagin est comblée par une masse qui refoule l'utérus et la vessie vers le côté gauche.

Le 30 août 1899, M. Gaudier, professeur agrégé, suppléant M. Dubar, pratique une laparotomie médiane. Il s'écoule, à l'ouverture du péritoine, environ deux litres d'un liquide louche, sanguinolent et fétide. Les anses intestinales sont fortement injectées, des fausses membranes les agglutinent. Toute la partie droite du petit bassin est occupée par une énorme masse mollasse, adhérente partout, impossible à pédiculiser, profondément enfouie dans le ligament large. Cette masse remonte assez haut pour comprimer le cœcum et la portion terminale de l'iléon contre la paroi abdominale.

Inutile de songer à enlever radicalement pareille tumeur; l'état de la malade ne permet pas de longues manœuvres. Après libération des anses intestinales adhérentes et ligature de la corne utérine, la masse est enlevée par arrachement ; elle se déchire du reste sans difficultés. On fait ainsi une sorte de curage du ligament large. Les vaisseaux qui saignent sont liés ou touchés au thermocautère.

Pour plus de rapidité, la paroi abdominale est fermée par une suture en un seul plan au moyen de fils d'argent. La plaie opératoire est protégée par un badigeonnage de collodion. Un pansement sommaire qu'on devra changer souvent recouvre le tout ; la débâcle commence.

La malade ne s'est guère ressentie de son opération, la température est toujours restée inférieure à la normale. En deux jours, le ventre est revenu à ses pro-

portions ; le flux des matières a diminué et est devenu régulier.

Pourtant, les forces ne reviennent pas ; la malade ne souffre pas, mais elle mange à peine, sa maigreur augmente de plus en plus et la cachexie finit par l'emporter le 24 octobre 1899, soit cinquante-cinq jours après la seconde intervention, presque deux ans après la première.

Autopsie. — Le 26 octobre. A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve pas de liquide ascitique. L'épiploon rétracté n'ayant plus que quatre centimètres, adhère à la paroi. On constate tout d'abord que le côlon transverse est abaissé ; il décrit une courbe dont la convexité descend à trois travers de doigt du pubis. Les anses d'intestin grêle sont agglutinées entre elles par des adhérences plus ou moins résistantes.

En parcourant le tube digestif, on remarque : un *estomac* en bissac, dilaté surtout au niveau de la grande courbure.

Le *duodénum* et le *jéjunum* sont normaux ; vers la portion initiale de l'*iléon*, on trouve au niveau de l'insertion mésentérique un petit noyau cancéreux avec légère rétraction à ce niveau des tuniques intestinales. Les dernières anses de l'iléon viennent plonger dans le petit bassin, adhérant fortement entre elles, au rectum et aux ligaments larges. Tout le mésentère est farci de ganglions atteignant le volume d'un pois.

Le *cæcum* est intimement fixé à la paroi ; c'est lui qui a servi à faire l'anus contre nature. Un doigt introduit dans cet anus, passe facilement dans le côlon ascendant, mais la valvule de Bauhin s'oppose à sa pénétration dans l'iléon.

Le *côlon ascendant* est normal, il a treize centimètres de circonférence ; il occupe sa situation normale.

Le *côlon transverse* est prolabé, en sorte que les angles hépatique et splénique sont devenus des angles aigus. Ici encore le calibre intestinal est normal.

L'angle splénique du côlon est occupé par un foyer enkysté, de la grosseur du poing. A cet endroit la paroi intestinale est détruite sur neuf centimètres de longueur ; cette perforation, produite sans doute lentement par compression, a déterminé une péritonite localisée ; d'où ce foyer à contenu sanieux.

Sur la face opposée à la perforation existe une tumeur du volume d'une noix, infiltrant les tuniques intestinales et fixant le côlon au tissu cellulaire périrénal. Cette tumeur est entourée d'autres plus petites, en plaques, paraissant plutôt être sous-muqueuses.

Le *côlon descendant* est considérablement réduit de calibre, il n'a que quatre centimètres et demi de circonférence, c'est-à-dire la grosseur d'un doigt.

L'*anse sigmoïde* et le *rectum* ont subi la même atrophie.

Dans le petit bassin, le *ligament large gauche* est intact ; l'ovaire et la trompe ont été enlevés au cours de la seconde intervention.

Dans le *ligament large droit*, la tumeur a repullulé ; elle forme trois à quatre noyaux du volume d'une mandarine ; ces noyaux sont friables, l'un d'eux déchiré a répandu une bouillie grisâtre parmi les anses agglutinées de l'iléon.

L'*utérus* est petit, scléreux, la *vessie* un peu refoulée à gauche.

Le *rein gauche* est de volume normal, mais flasque ; sa capsule adhère à la tumeur intestinale. Le *rein droit* est atrophié ; la substance corticale est disparue en grande partie. Pas de noyaux cancéreux dans aucun de ces organes.

La *rate* est petite, adhérente à la paroi postérieure de l'estomac ; sa surface présente quelques petits noyaux.

Le *foie* adhère légèrement à la paroi, mais plus solidement à l'intestin. Il contient quelques noyaux secondaires peu volumineux ; un seul atteint le volume d'un œuf de pigeon. Ces noyaux fibreux au centre, sont de consistance mollasse à leur périphérie. Les ganglions du hile sont envahis. L'examen histologique a montré une dégénérescence graisseuse très prononcée des cellules hépatiques.

La *vésicule biliaire* est intacte, elle ne contient pas de calculs.

A l'ouverture du thorax, pas d'épanchement dans la *plèvre*, pas de noyaux sur ses feuillets.

Aux deux sommets du *poumon*, mais surtout du côté droit, on trouve de petits nodules durs, fibreux, vestiges d'une tuberculose guérie.

Examen microscopique. — L'étude histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome à cellules cylindriques. Les cellules sont atypiques par places, mais en certains points elles ont bien le type intestinal, elles affectent même la disposition en tubes glandulaires. Ces cellules sont étouffées dans un stroma excessivement abondant de tissu fibreux.

Quelques points de cette observation méritent d'attirer plus particulièrement l'attention.

Crespin, dans sa thèse sur l'évolution lente du cancer du gros intestin (Paris, 1895), dit que ces tumeurs sont relativement peu malignes et agissent surtout mécaniquement. Notre cas corrobore son opinion : la tumeur, après une période de latence impossible à déterminer s'est révélée tout à coup par des phénomènes d'obstruction.

L'anus contre nature, en soustrayant la tumeur à l'irritation perpétuelle que causait le passage des matières fécales, a puissamment contribué au ralentissement de l'évolution du néoplasme.

L'opération palliative a procuré à la malade une survie de deux ans ; une opération radicale, qui comportait beaucoup plus de risques (surtout dans l'état où se trouvait la malade lors de l'opération), aurait-elle retardé davantage la venue de la récidive, de la généralisation ou de la cachexie ? Il est permis d'en douter.

L'allongement du côlon transverse qui le force à décrire un arc de cercle, est signalé dans plusieurs observations. L'absence d'éperon dans l'anus cæcal

permet sans doute aux matières et surtout aux gaz de remonter dans le gros intestin, d'où une distension permanente du côlon. Le côlon transverse, qui jouit d'une extrême mobilité, subit le plus les efforts de cette distension, d'où son allongement.

Nous ferons remarquer enfin la seconde occlusion de l'intestin. Les tumeurs pelviennes causent rarement l'occlusion intestinale ; mais ici l'intestin fixé à la paroi abdominale ne pouvait fuir devant une tumeur ; le cœcum et l'iléon se sont donc trouvés comprimés entre la tumeur et la paroi.

Les circonstances les plus fâcheuses se sont réunies ; à la cachexie et à la généralisation cancéreuse, aux troubles dus à la nouvelle obstruction, s'est jointe une perforation de l'intestin au niveau de la tumeur primitive. La malade a succombé, épuisée par la résorption de tant de produits septiques (1).

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Société de Chirurgie. - M. TUFFIER conseille d'examiner les membres fracturés avec la radiographie, après réduction pour juger du degré de coaptation.

Société médicale des Hôpitaux. MM. GUÉNON, NETTER, etc., ont observé des cas très nets de contagion directe de la fièvre typhoïde.

Société de Biologie. - M. NÉLOIX. L'alcool ingéré par la mère se retrouve dans le lait et dans le sang du fœtus.

Société de Dermatologie. — M. GALIPPE. Les altérations dentaires attribuées à l'hérédo-syphilis peuvent se rencontrer chez des sujets certainement indemnes de cette affection.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 22 Décembre 1899

Présidence de M. LOOTEN, vice-président.

Tuberculoses multiples, traitées par le curetage et l'ébouillantage

M. Moty présente un malade traité pour de vastes abcès froids du tronc, par le curetage, l'ébouillantage et le pansement au naphtol camphré sans réunion ; la guérison s'est faite en six semaines, mais, aussitôt la suppuration tarie, des accès de fièvre sont survenus qui ne trouvent leur explication que dans une poussée bacillaire du côté des poumons. En effet, à la seconde poussée fébrile, M. Moty a pu constater une légère congestion pulmonaire. Jamais auparavant le malade n'avait présenté de symptômes de tuberculose, il n'avait aucun antécédent personnel.

Actuellement le malade paraît guéri, grâce au traitement général qui a été institué en même temps (arséniate de soude, inhalations de vapeurs créosotées).

M. Lambret s'étonne de la rapidité de la guérison, car l'opération a eu lieu le 3 octobre et, le 13 novembre, la cicatrisation était complète. C'est pourquoi, il met en doute l'existence d'une lésion osseuse, tant vertébrale et costale, que dépendante du bassin. D'ordinaire, en effet, les lésions osseuses suppurent très longtemps et amènent peu à peu l'élimination d'esquilles et la formation de trajets fistuleux. En tout cas, s'il y a lésions osseuses, la récidive est à craindre. M. LAMBRET met d'autant plus en doute l'existence d'une tuberculose osseuse que, sans grattage de l'os, la guérison s'est produite.

M. Moty rappelle, à ce propos, qu'il a déjà traité une tuberculose osseuse profonde par les injections de naphtol camphré et a eu à enregistrer également une guérison rapide. Dans le cas actuel il a cherché, mais sans succès, le siège précis des lésions osseuses, il redoute toutefois leur existence.

Il conclut en préconisant un traitement général très suivi pour les tuberculeux chez lesquels on arrive à tarir une suppuration abondante, persuadé qu'on arrivera ainsi à éviter les complications viscérales se produisant si fréquemment alors.

Corps étranger extrait de la conjonctive

M. Lefort présente un corps étranger du volume d'une grosse lentille (0.40 centigrammes) qui restait inclus dans un repli de la conjonctive, au point de passer inaperçu. En burinant une pièce de fer, le malade avait reçu cet éclat de métal, logé dans la conjonctive sans amener aucune lésion de l'œil. Le corps étranger fut enlevé deux heures après l'accident et le malade guérit sans complications.

Sarcomes secondaires des poumons et du cœur

M. Curtis présente deux pièces anatomo-patholo-

(1) Nous remercions vivement notre maître, M. le Professeur DUBAR, d'avoir bien voulu apporter à notre travail, le précieux appoint de ses notes et de ses souvenirs. J. D.

giques provenant d'une autopsie faite dans le service de M. FOLET et démontrant d'une façon évidente les métastases sarcomateuses.

Ces pièces (poumons et cœur) proviennent du corps d'un jeune homme de 18 ans, opéré, il y cinq mois, pour sarcome du fémur et chez lequel M. FOLET pratiqua la désarticulation de la cuisse. Le poumon gauche, transformé en bloc sarcomateux, adhérait à la plèvre pariétale et au diaphragme. Dans le poumon droit les nodules sont un peu moins nombreux et beaucoup font hernie comme de volumineux champignons à la surface des lobes pulmonaires.

De plus, dans le cœur, M. CURTIS a trouvé une altération profonde, un thrombus du cœur droit, présentant la forme d'un énorme polype s'insérant sur la paroi ventriculaire et s'engageant alors par son extrémité libre dans l'artère pulmonaire et l'obturant partiellement.

M. CURTIS montre ensuite que ce polype n'est pas un simple caillot fibrineux, mais un polype organisé, un vrai sarcome secondaire développé dans le cœur droit ; cette masse présente en effet une structure organisée très complète, ressemblant fort à un tissu de sarcome, avec de grandes cellules à noyaux multiples, des myéloplaxes, et un réseau vasculaire très développé, le tout revêtu d'un endothélium qui est tombé et par places des dépôts de fibrine adhérente. « C'est peut-être, dit M. CURTIS, un caillot ancien remanié, ou un sarcome secondaire du cœur. J'incline de préférence, vers la seconde hypothèse, car si c'était un caillot remanié on ne retrouverait pas un tissu vivace et organisé, on n'aurait pas cette vascularisation intense. Nous sommes donc en présence d'une greffe de sarcome, au milieu des piliers du ventricule droit, ayant végété vers l'artère pulmonaire, résultant d'embolies parties du foyer primitif »

M. CURTIS discute ensuite la date probable de ces embolies sarcomateuses. Il estime qu'elles n'ont pu se produire après l'opération, car à l'autopsie il n'a pu constater de récidives au niveau du cotyle, mais bien avant l'intervention; il voit dans cette localisation des récidives une nouvelle preuve de la propagation du sarcome par voie sanguine veineuse, tandis que le carcinome et l'épithéliome se propagent par voie lymphatique.

M. Moty a pu observer une récidive sarcomateuse secondaire par propagation veineuse très évidente sur un malade opéré pour sarcome de testicule. Peu après l'ablation. M. MOTY constata une tumeur de l'abdomen située à peu près au niveau du pancréas. A l'autopsie, il constata une récidive de sarcome dans la veine cave inférieure, les veines rénales étaient également atteintes, dans le rein on ne trouvait que du tissu sarcomateux, mais les artères afférentes étaient saines. Le sarcome venant de la veine cave inférieure, gagna l'oreillette droite qui était infiltrée et presque entièrement obstruée. Il n'y avait guère de perméable que la région supérieure correspondant à l'embouchure de la veine cave supérieure. Le ventricule, par contre, était intact. M. MOTY a constaté également l'intégrité des veines spermatiques pourtant voisines du sarcome primitif. Il rappelle que, à ce propos, le sarcome récidive rarement sur place et que, très souvent, on voit les sarcomateux mourir de récidive pulmonaire.

M. Combemale cite à l'appui de la thèse de M. CURTIS une observation recueillie et publiée par MM. DESOIL et CARRIÈRE. A l'autopsie d'une femme opérée pour fibrome de l'utérus, on avait pu constater une récidive polypoïde localisée dans le ventricule droit qui avait à peu près le même aspect que celui présenté par M. CURTIS. M. COMBEMALE demande s'il ne faudrait pas rapprocher, à propos de ces récidives à distance, le fibrome du sarcome.

M. Curtis rappelle que de sarcome à fibrome, il n'y a que la distance d'une évolution cellulaire plus adulte.

M. Lambret rappelle alors qu'au point de vue pratique il faut opérer les sarcomateux le plus tôt possible. Dans ce cas on fit l'opération dès que le diagnostic fut posé. En effet le jeune malade vint à la consultation pour une légère douleur localisée au niveau du condyle interne du fémur gauche ; sa taille s'était accrue depuis peu, très rapidement, il avait un peu de température le soir (37°8), le condyle interne paraissait légèrement tuméfié et le diagnostic d'ostéomyélite de l'adolescence fut porté. En intervenant, on comptait trouver du pus, mais on tomba dans une poche osseuse contenant un liquide hématique et des fragments osseux. L'examen anatomo-pathologique décela la présence d'une tumeur maligne. Peu après fut pratiquée la désarticulation de la cuisse. Mais les embolies s'étaient déjà produites.

M. Moty constate que dans sarcome la température est généralement élevée ; il a très souvent vu une température de 38° à 38 3.

M Gaudier appuie l'opinion de M. Moty. Il a constaté dans un cas analogue une élévation thermique très manifeste : 38° au niveau de la tumeur et 38°5, dans le rectum, cette hyperthémie locale était très probablement due à la grande vascularisation du tissu sarcomateux.

M. Vanverts a pu également constater l'élévation de température locale et générale chez un sarcomateux.

Rupture du cœur.

M. Curtis présente ensuite à la Société une pièce anatomopathologique très rare. Faisant l'autopsie d'un homme mort, à l'hôpital Saint-Sauveur, où il avait été apporté, dix jours auparavant, dans le coma, avec le diagnostic de ramollissement cérébral, il constata un ramollissement blanc des circonvolutions pariétale et frontale gauche ascendante et de la circonvolution de Broca ; du côté gauche, un état athéromateux des artères cérébrales.

En enlevant le plastron costo-sternal, M. Curtis aperçut le péricarde très dilaté, l'incision du feuillet pariétal mit en évidence une grande quantité de caillots sanguins fibrineux, le péricarde avait pu contenir un litre de sang, les deux feuillets péricardiques étaient blancs, très épaissis, surtout le feuillet viscéral, décelant une ancienne péricardite. De plus, à la pointe, on trouvait une petite saillie mamelonnée, percée d'un orifice communiquant avec la cavité du ventricule gauche. Le myocardie avait subi une dégénérescence graisseuse très avancée. Les artères étaient athéromateuses comme celles de l'encéphale.

M. Curtis croit qu'au cours du ramollissement cérébral, par suite de quelques convulsions produisant l'augmentation de la pression sanguine dans le ventricule, le myocarde se sera rompu, amenant une hémorrhagie péricardique.

M. Mariau demande alors s'il n'y a pas dans la paroi du cœur de points faibles, et si à la pointe du cœur, par suite de l'entrecroisement des fibres, il n'y a pas là une prédisposition aux ruptures.

M. **Curtis** rappelle que dans les cas de rupture du cœur connus dans la science, l'effraction se fit soit à la pointe, soit au tiers inférieur dans le sillon interventriculaire; mais qu'ici il faut surtout y voir le résultat de la sclérose des coronaires et la dégénérescence graisseuse du myocarde.

Kyste de la grande lèvre développée soit dans la glande vulvo-vaginale, soit aux dépens du canal de Nuck

M. Lambret présente une tumeur enlevée dans la grande lèvre, du volume d'un œuf de poule, distendant la petite lèvre et venant atteindre le clitoris. Cette tumeur était séparée de l'orifice externe du canal inguinal par une distance de trois centimètres, mobile, non adhérente, ni à la peau, ni à la muqueuse. Il était impossible de dire si elle était développée aux dépens de la glande vulgo-vaginale ou du canal de Nuck. L'ablation fut facile. Un premier examen histologique ne permit pas de déceler la nature du kyste et M. Curtis, qui a déjà fait quelques coupes, ne peut encore se prononcer.

M. Curtis a vu dans les coupes par congélation une paroi fibrineuse externe bien constituée où l'on trouve des vestiges de glandes sébacées, puis une couche de petites cellules conjonctives en prolifération, formant un amas de granulations entourées de capillaires nombreux.

« En tout cas, dit-il, je ne crois pas que la tumeur se soit développée aux dépens ni de la glande de Bartholin, car on aurait trouvé des diverticules dilatés, ni d'une glande sébacée. C'est soit une tumeur hématique soit un hydrocèle enkysté du canal de Nuck ».

M. Oui fait remarquer qu'au point de vue clinique, il avait déjà écarté le kyste développé aux dépens de la glande vulvo-vaginale, car la tumeur ne s'enfonçait pas dans le vagin, comme le font les kystes de la glande de Bartholin.

Variétés & Anecdotes

Les conseils d'Archimathée

D'excellents préceptes, une idée énorme de la dignité médicale, une exagération religieuse considérable due au XIIe siècle, époque du plus bel épanouissement monacal du moyen-âge : voici, joints à un charlatanisme tout moderne, les principaux traits de l'œuvre d'Archimathée de Salerne, un des meilleurs commentateurs du vieil Hippocrate, dont le Dr Houssay donne les intéressants extraits suivants dans la *Gazette médicale du Centre*, unis à un profond savoir-faire, mélangé d'un peu de savoir-vivre, ce qui prouve le souci que les médecins de tous temps ont eu de la bonne éducation, pour l'élever ainsi à la hauteur d'une vertu médicale.

... Oyez plutôt :

« ... Médecins, si vous êtes appelés auprès d'un malade,
» placez-le sous la protection de Dieu et sous la garde de l'Ange

» qui accompagna Tobie. Pendant la route, informez-vous de » son état auprès de la personne qui est venue vous chercher, » afin de vous mettre à l'avance au courant de la maladie que » vous aurez à soigner ; de sorte que, si après avoir examiné » les urines et tâté le pouls, vous n'êtes pas suffisamment » fixé, vous pourrez du moins, grâce aux renseignements » antérieurs, inspirer confiance au malheureux, et lui prouver » par vos questions que vous avez deviné quelques-unes de » ses souffrances.

» Vous l'avez mis sous la garde de Dieu ; pensez aussi à le » mettre sous celle du Magistrat ; cela ne sera pas moins utile » si vous voyez que la Fortune n'a pas frappé à sa porte et ne » l'a pas comblé de ses dons.

» En entrant, saluez d'un air posé et modeste ; découvrez-» vous ; asseyez-vous et tenez votre chef à la main au lieu de » l'enfermer dans le coffre du malade ; le soin que vous sem-» bleriez en prendre, faisant croire que vous n'avez que » celui-là, pourrait vous enlever de la considération.

» Soyez grave. La gravité se manifeste surtout par les » lunettes, et tout nez qui en est orné peut, sans contredit, » passer pour le nez d'un savant ; les lunettes prouvent que » celui qui les porte est un homme consommé dans la science, » enseveli dans de profondes lectures, à tel point que sa vue » en est affaiblie.

» Puis, s'il y a lieu, louez la beauté du site, la bonne tenue » de la maison, la générosité de la famille dont vous captivez » la bienveillance.

» Examinez alors votre malade ; tâtez le pouls ; voyez les » urines ; s'il vomit, cherchez-en la cause ; c'est souvent utile.

» Pour vous préserver de tout contact malsain, recouvrez » votre malade d'un linge ; quelque grossier que soit le tissu, » prenez-le, car en en demandant un autre, ce serait mépriser » la pauvreté d'autrui, et prouver, par cette façon d'agir, que » vous-même avez été pauvre et besoigneux.

» Faites-vous apporter de l'eau pour vous laver des souil-» lures que vous n'aurez pu éviter, car la propreté du corps » est l'indice d'une âme pure.

» N'arrêtez jamais vos yeux sur la femme, la fille ou la » servante du malade, quelque belle qu'elle soit, ce serait » forfaire à l'honneur et compromettre son salut en attirant » sur sa maison la colère de Dieu.

» Si vous craignez de confondre la maladie avec une autre, » ne dites pas qu'il y en a plusieurs et que vous ne savez pas » laquelle ; outre que cela ne rassurerait pas la famille, vos » scrupules ne seraient pas compris, et on prendrait pour de » l'ignorance ce qui n'est qu'une preuve de plus de votre » esprit élevé et profond.

» Gardez pour vous vos hésitations ; invoquez plutôt nos » saints patrons qui vous ouvriront les yeux et les oreilles de » l'entendement : mais ne laissez pas pénétrer le public dans » les arcanes de votre jugement, car voyant que vous ne » connaissez pas la maladie, souvent injuste, il croirait qu'au » lieu de vous instruire vous n'avez fréquenté que les mau-» vais lieux.

» Si on vous engage à dîner, ne soyez ni exigeant, ni indis-» cret ; entretenez-vous souvent du malade, mais dans la » conversation évitez avec soin de médire de vos confrères. » Ce ne serait pas vous mettre sous la protection de saint Luc, » saint Côme et saint Damien et faire plus œuvre d'un sot que » d'un homme de science.

» Vos hôtes, voyant une critique si facile, craindront d'être » un jour votre victime, ou penseront justement qu'il n'y a » que la peur ou l'envie qui vous fasse si fort décrier ceux qui » vous gênent.

» Enfin, retirez-vous prudemment, après avoir adressé au » malade d'utiles recommandations pour la santé de son corps » et le salut de son âme. Au patient, promettez la guérison ; » aux parents, affirmez qu'il est très malade ; s'il guérit, votre » réputation s'en accroîtra : s'il succombe, vous l'aurez prévu.

» Parfois vous serez embarrassés s'il vous arrive de ren-» contrer une jeune fille qui aura goûté trop tôt des plaisirs » de l'amour, sa confiance en vous lui donnant droit à votre » indulgence, vous interdira de publier sa faute. Vous ferez » mieux alors de lui refaire cette fleur qui périt et renaît tous » les jours, et se cueille la centième fois plus douloureuse-» ment que la première.

» Mais souvenez-vous aussi qu'il vous est interdit de vous » livrer, vis-à-vis des femmes et des filles qui peuvent avoir » des raisons de regretter leur conduite, à des pratiques que » la conscience et les lois défendent.

» Comme du malade sauvé, chétive est la mémoire, si vous » n'avez pas reçu votre salaire, demandez-le honnêtement, » rappelant qu'on s'honore toujours en honorant celui à qui on » doit la vie ; mais ne le conduisez jamais au juge, car si ce » dernier vous voyait souvent, il rirait de vos avarices et de » vos mésaventures.

» Même si vos intérêts en souffrent, ne faites jamais de faux » témoignagnes, car si on ne vous croit pas, ou si on vous » dément, le mépris public n'aura d'égal que le ridicule d'un » vil mensonge. » (*Méd. mod.*).

Ce qu'il en coûtait jadis de violer le secret professionnel

En parcourant la si attrayante compilation que M. Carrington a publiée sous ce titre : *la Flagellation aux points de vue médical et historique* (1), nous avons noté ce passage (2) qui concerne plus spécialement notre profession. Nous nous permettons de le signaler à l'attention de M. Brouardel qui pourrait, s'il le juge à propos, en tirer parti pour la prochaine édition de son livre sur *le secret professionnel*.

« Il en a bien souvent coûté très cher à nombre de person-

(1) Carrington, éditeur, 13, faubourg Montmartre, Paris.

(2) P. 34-36.

nages haut placés, d'avoir eu la langue trop longue ou d'avoir, par leurs écrits, leurs quatrains, pamphlets, etc., déplu aux plus puissants qu'eux. Tel fut le cas d'un certain chirurgien qui avait, au mépris de l'usage de ne jamais divulguer des secrets de femme, complaisamment lâché les rênes à son indiscrétion, et répandu dans le public certaines choses concernant une grande dame qui avait eu besoin de son assistance. La dame en question était la reine de Navarre, femme du prince qui devint plus tard roi de France sous le nom de Henri IV; elle était elle-même bien plus rapprochée du trône que son auguste époux, et aurait certainement porté la couronne sans la loi salique. La princesse en question était une femme instruite, spirituelle, jolie par dessus le marché et possédant en particulier un bras si parfaitement modelé, que l'on disait couramment que le marquis de Canilac, sous la garde duquel elle avait vécu pendant quelque temps en qualité de prisonnière d'État, était tombé amoureux d'elle rien qu'à la vue de son bras. A ces avantages elle joignait un caractère gai, enjoué et coquet, qui la fit même passer, à un moment donné, pour s'être amourachée du grand duc de Guise, qui plus tard faillit s'emparer de la couronne. A côté de cela, elle avait un grand penchant pour les intrigues politiques. Pendant les guerres de la Ligue, se trouvant à Amiens, elle tenta de se rendre maîtresse de la place; mais le parti de l'opposition, ayant réussi à provoquer un soulèvement contre elle, la reine fut obligée de fuir, accompagnée de 80 gentilshommes et de 40 soldats environ. Sa fuite fut même tellement précipitée, qu'elle dut partir à dos de cheval, sans avoir même le temps de se procurer une selle de dame. Et, dans cette position, elle parcourut un grand nombre de lieues, derrière un gentilhomme, exposée continuellement au plus grand danger, étant donné qu'elle eut à traverser un corps d'arquebusiers, qui tuèrent plusieurs hommes de son escorte. Après avoir enfin atteint un lieu sûr, elle emprunta une chemise de l'une de ses servantes, puis continua son voyage jusqu'à la plus prochaine ville, qui était Usson en Auvergne. Elle put s'y remettre de ses transes. Les grandes fatigues qu'elle avait endurées lui donnèrent la fièvre pendant quelques jours et, outre cela, par suite du manque de confortable dans sa fuite précipitée, à cause de l'absence totale de selle ou même de coussinet, la partie charnue de son corps sur laquelle elle s'était assise avait été passablement endommagée. En conséquence, elle appela un chirurgien pour qu'il lui procurât quelque soulagement. Il fit si bien qu'en peu de jours la noble reine fut guérie. Jusque-là, le chirurgien méritait certainement de la reconnaissance de sa royale patiente. Mais comme, par la suite, il ne put retenir sa langue et qu'il se mit à plaisanter agréablement sur les charmes intimes de la reine, celle-ci se mit fort en colère contre lui et, en fin de compte, lui fit infliger cette magistrale correction que l'on sait : *elle lui fit donner les étrivières...* »

Eh ! eh ! il ne faisait pas bon, en ce temps-là, violer le secret professionnel ! (*Chronique méd.*).

Procédé pour conserver la perméabilité des aiguilles à injection hypodermique.

Le Dr Belin se sert dans ce but d'une très petite poire en feuille anglaise rouge dont la pointe coupée possède exactement le diamètre de l'embout des seringues ; l'injection terminée, il adapte une petite poire à l'aiguille — deux ou trois pressions brusques suffisent à chasser le liquide contenu dans la lumière de l'aiguille et dans l'embout ; on en a la preuve en voyant sourdre une ou deux gouttes du liquide employé, à la pointe — il ne reste qu'à essuyer doucement la surface extérieure et l'aiguille se conserve indéfiniment.

Depuis deux ans, M. Belin a eu recours à ce petit expédient et malgré la multiplicité des injections pratiquées avec des liquides variés (la caféïne par exemple, qui encrasse plus que tout autre médicament), il n'a jamais eu d'aiguille à remplacer, pour ce motif du moins.

A défaut de poire à injection, on se servirait facilement des minuscules souffleries adaptées aux obturateurs des appareils photographiques dits « détective ; » il suffirait même à la rigueur de souffler dans l'aiguille après l'injection, mais il n'est pas agréable de porter à sa bouche une aiguille chargée d'éther ou de gaïacol par exemple, tandis qu'il est facile de se procurer le petit outil recommandé, et qui peut se loger dans tous les écrins à côté de la seringue. René Belin.

(*Revue illustrée de Polytechnique Médicale*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenance de thèses

M. G. H. Poulain, pharmacien de 1re classe, de Grandpré (Ardennes), a soutenu avec succès, le mardi 19 décembre, sa thèse de doctorat (5me série, n° 145), intitulée : **Recherches sur le dosage de l'acide urique dans les urines.**

M. B.-I.-C.-F. Martin, licencié-ès-sciences, de Lens (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le vendredi 22 courant, sa thèse de doctorat (5me série, n° 146), intitulée : **Les phtisiques gras.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Beaurac, médecin de 1re classe des colonies, à Saïgon ; P. Masson, de Charmes (Vosges) ; Saint-Lô, de la Haye-du-Puits (Manche) ; Chevrier, de Paris ; Azam, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

BIBLIOGRAPHIE

L'Appendicite, *Formes et Traitement*, par le Dr Aug. Broca, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital Trousseau. 1 vol. in-16 de 88 pages, 8 figures, cartonné (*Actualités médicales*) : 1 fr. 50.

Montrer qu'il y a des formes diverses d'appendicite auxquelles ne saurait convenir toujours la même indication thérapeutique, voilà le but que se propose M. Broca. Mais pour

mieux faire comprendre dans leurs variations, la clinique et la thérapeutique de cette lésion, le Dr **Broca** met au préalable en relief quelques données anatomiques et anatomo-pathologiques.

Puis il passe à l'étude des formes cliniques, en commençant par les plus simples, les formes chroniques, puis l'appendicite aiguë à péritonite circonscrite, et enfin il termine par la péritonite aiguë généralisée.

La deuxième moitié du volume est consacrée au traitement qui varie considérablement à la fois dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion.

Et d'abord il expose les désaccords qui existent entre les *partisans* du traitement médical, les *radicaux* qui prétendent opérer toujours et de suite, et les *temporisateurs* (Roux de Lausanne, **Brun**, **Jalaguier** et **Broca**) qui, tout en disant: « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ; l'appendicite est une lésion chirurgicale » ne veulent pas pour cela opérer toujours et de suite.

D'après eux, sitôt le diagnostic posé, le chirurgien doit être appelé, c'est lui qui doit prendre la direction du traitement, qui doit surveiller *lui-même et souvent* l'évolution du mal ; et cela parce qu'il doit se tenir prêt à opérer, au besoin, toute affaire cessante. A leurs yeux le traitement de l'appendicite doit être toujours chirurgical, et ce n'est pas par peur du bistouri qu'ils retardent son entrée en jeu. C'est parce que les conditions de l'intervention immédiate sont, pour eux, moins favorables que celles de l'intervention retardée.

Les indications générales posées, l'auteur examine les détails relatifs au traitement chirurgical de chaque variété d'appendicite, et il décrit le manuel opératoire *type*, celui de *la résection de l'appendice non adhérent*, en quelques pages remarquables de précision et de clarté, que complètent 8 figures faites d'après nature.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du journal.

— **Uber hœmolysin**, par MM. les docteurs Ehrlich et Morgenroth, extrait du *Berliner Klinisch Wochenschrift*.

— **Bericht uber the Thatigkeit des K. Instituts für Serumforschung und Serumprüfung zu Steglitz**, (Juni 1896-September 1899), par le professeur Dönitz, extrait du *Klinische Jahrbuch*, 1899.

— **Medicinische hygienische Bakteriologie und thierische Parasitenkunde**, par le docteur Uhlworm, extrait du *Centralblatt für bakteriologie*, 1899.

— **Uber die Grenzen der Werksamkeit des Diphterie-heilserums**, par le professeur Dönitz, extrait des *Archives internationales de pharmacogynamie*, 1899.

— **Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales**, par le docteur Moure, Bordeaux, *Ferêt*, 1899.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

49e SEMAINE, DU 10 DÉCEMBRE AU 16 DÉCEMBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	18	4
3 mois à un an	11	6
1 an à 2 ans	1	1
2 à 5 ans	3	5
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	6	9
40 à 60 ans	17	7
60 à 80 ans	18	12
80 ans et au-dessus	4	2
Total	80	48

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	1	2	»	»	»	»	»	3	9	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	5	3	2	»	»	5	»	»	»	»	»	10	26	15
Moulins, 24,947 hab.	»	2	»	»	»	»	»	1	5	4	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	19	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	7	4	1	»	»	4	1	»	»	»	»	7	26	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	3	12	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	6	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	3	15	12
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	7	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	4	5
Total	»	4	»	»	»	»	»	5	34	14	9	»	1	19	1	»	»	1	»	40	128	120

N° 155. Troisième Année, N° 53. Le Numéro : **10** centimes. 31 Décembre 1899.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

ABONNEMENTS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1900, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste, en y ajoutant 0 fr. 45 pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations sur le traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule (1)

par le docteur **J. Vanverts,**
ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

A propos de quatre observations de luxation sus-acromiale de la clavicule que j'ai pu suivre pendant plusieurs années, je me propose de vous présenter quelques considérations sur le traitement de cette affection.

Voici d'abord en quelques mots le résumé de ces diverses observations, qui concernent toutes des luxations incomplètes (2).

I. — Luxation datant de deux mois. — Troubles fonctionnels importants. Massage et mobilisation de l'épaule. Retour complet des mouvements.

II. — Luxation datant de onze jours. — Application d'un appareil plâtré maintenant le bras en rotation externe, position qui déterminait la réduction presque complète de la luxation. Au moment de la suppression de l'appareil, qu'on avait laissé en place trois semaines, on constate que la luxation s'est reproduite. On supprime tout appareil et le fonctionnement du membre se rétablit rapidement.

III. — Luxation récente. — Suture, sans arthrodèse, par mon maître M. le Dr ARROU. La réduction persiste au moment de l'enlèvement des sutures cutanées ; puis la luxation se reproduit, et la malade se sert imparfaitement de son membre et souffre encore de son épaule plus d'un an après l'accident.

IV. — Luxation récente. — Arthrodèse acromio-claviculaire. La réduction se maintient au moment de l'ablation des fils cutanés ; puis la luxation se reproduit ; le malade ne peut se servir de son membre pour porter des objets un peu lourds et continue à souffrir de son épaule.

Si je me contentais de l'examen de ces quatre faits pour décider le meilleur mode de traitement à opposer aux luxations sus-acromiales *incomplètes* de la clavicule, je serais nécessairement entraîné à rejeter absolument l'intervention comme funeste et à vanter les avantages de l'abstention et du massage. Mais il me semble plus logique de rapprocher de ces quatre faits personnels ceux qui ont été publiés par d'autres ; car de ce rapprochement il sera possible de tirer quelques conclusions intéressantes.

Il est un premier point qu'il ne faut pas perdre de vue quand on se trouve en présence d'une luxation sus-acromiale de la clavicule ; c'est que, abandonnée à elle-même, cette luxation ne laisse généralement après elle aucun trouble fonctionnel, sauf souvent une limitation de l'abduction, qui ne dépasse pas l'angle droit. Sans doute il y a des exceptions à cette règle, et dans quelques cas, ceux de BRINDEL, de VALLAS, de PENNE, par exemple, les malades

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 24 novembre 1899.

(2) Ces observations paraîtront prochainement, *in extenso*, dans la thèse de M. BOUCHET (Paris, décembre 1899).

conservèrent une gêne notable du fonctionnement du membre ; mais il faut ajouter qu'il s'agissait de luxations complètes.

Si, au lieu de s'abstenir complètement et d'attendre que la diminution des douleurs permette au malade, s'il n'est pas trop pusillanime, de mobiliser son épaule, on a recours dès les premiers jours au *massage* du deltoïde et à la *mobilisation* de l'articulation scapulo-humérale, en ne plaçant qu'une écharpe qui immobilisera incomplètement le bras en dehors des séances de massage, on obtiendra de bien meilleurs résultats encore, à condition qu'il s'agisse de luxations incomplètes.

L'une de mes observations prouve les bons effets qu'on est en droit d'attendre de ce mode de traitement quand une luxation, datant de plusieurs semaines, a déterminé des troubles fonctionnels notables.

Pour maintenir réduites les luxations sus-acromiales, on a proposé d'employer, surtout à la période pré-antiseptique, les *appareils* dont les modèles sont nombreux et qui sont, pour la plupart, les mêmes que ceux utilisés pour les fractures de la clavicule avec déplacement. Tous ont pour but de porter le moignon de l'épaule en haut et en arrière et la clavicule en bas.

A la suite de l'application de ces appareils, les échecs ou les résultats imparfaits sont nombreux. Je crois pour les raisons suivantes qu'ils doivent être plus nombreux encore que ne le font supposer les faits publiés et dont beaucoup — les malheureux surtout — ont dû être passés sous silence.

L'absence d'emboîtement entre les surfaces articulaires, la situation inférieure de la surface acromiale par rapport à celle de la clavicule, le poids du membre qui agit continuellement pour reproduire la luxation, sont les causes qui rendent instable la réduction, même après le port prolongé d'appareil. Pour maintenir cette réduction, il faut exercer sur la clavicule de fortes pressions, qui sont souvent intolérables et déterminent parfois des eschares ; et, malgré ces inconvénients considérables, il n'est pas rare de voir la luxation se reproduire parce que l'appareil a glissé ou s'est desserré. Dans d'autres cas, tout appareil est incapable de maintenir la luxation réduite.

Une des conditions importantes que doit remplir l'application des appareils, c'est d'être longue, afin de permettre la reconstitution solide des ligaments acromio-claviculaires. Or, cette immobilisation absolue, prolongée pendant cinq, six semaines et davantage, n'est pas sans inconvénients au point de vue de l'atrophie musculaire et des raideurs articulaires.

Incertitude du résultat esthétique, dangers de troubles fonctionnels, voilà à quoi expose l'emploi des appareils. C'est suffisant pour les faire rejeter.

A propos de ces appareils de contention, je dois signaler une tentative, du reste infructueuse, que j'avais faite sur le malade de l'observation II, pour essayer de maintenir la réduction de la luxation par la simple rotation externe du bras. J'avais, en effet, remarqué, et j'ai pu vérifier ce fait à plusieurs reprises, que la rotation externe simple du bras amène la réduction, sinon complète, au moins presque complète, de la déformation. Le port d'un appareil immobilisant le bras dans cette position pendant trois semaines n'empêcha pas la persistance de la luxation. Heureusement le résultat fonctionnel fut bon, grâce aux mouvements que fit spontanément le malade.

J'en arrive aux résultats donnés par l'*intervention sanglante*. Cette intervention consiste dans la suture des deux extrémités articulaires en bonne position. On tend de plus en plus à lui à joindre l'ablation du cartilage articulaire, qui permet d'espérer une soudure osseuse, plus solide que la réunion fibreuse, et cela sans aucune gêne fonctionnelle.

Cette intervention est simple et bénigne. Quant à ses résultats, ils sont généralement bons. Sur 16 cas que j'ai pu réunir, j'en note 12 où la luxation se maintint parfaitement réduite et où le retour des mouvements du bras fut complet, sauf pour l'abduction exagérée. Dans un cas de Vallas, la déformation ne fut pas complètement corrigée. Dans ceux de Wolf et Vinz, d'Arrou et dans le mien le résultat fut mauvais au point de vue esthétique et fonctionnel.

Pour expliquer la reproduction de la luxation dans ces cas, je crois, en l'absence de renseignements précis, que seule la radiographie aurait pu donner, qu'il s'est agi soit d'une usure de l'os par le fil, soit plutôt, d'une brisure du fil. Pour éviter cet accident, je conseillerai de perforer les fragments à une certaine distance des surfaces articulaires et de n'employer que du gros fil d'argent ou, comme le conseille Championnière, du fil de platine. Le poids du membre supérieur détermine, en effet, de fortes tractions au niveau de la suture.

Pour éviter, d'autre part, les troubles fonctionnels après l'opération, je crois qu'il faut appliquer au traitement post-opératoire de l'arthrodèse acromio-claviculaire celui qu'a proposé Championnière pour la suture de la rotule. Après une immobilisation de huit à dix jours, on ne maintiendra plus qu'une simple écharpe et on conseillera au malade de s'exercer progressivement à la mobilisation de son articulation scapulo-humérale.

Malgré les trois échecs que je trouve notés sur douze, — ils sont, du reste, probablement plus nombreux, car on a peu de tendance à publier les cas malheureux —, je crois que l'arthrodèse acromio-claviculaire est une intervention capable de donner de bons résultats, surtout si l'on prend les précautions que j'ai indiquées.

Je termine en insistant sur un point de technique. L'incision antérieure transversale est préférable aux incisions supérieures, antéro-postérieure ou transversale, comme facilitant beaucoup la dénudation de la face inférieure des extrémités articulaires et le passage des fils.

CONCLUSIONS

Quand la luxation est incomplète, le massage et la mobilisation commencés, immédiatement ou après quelques jours d'immobilisation, donnent d'excellents résultats fonctionnels. Si l'on veut obtenir la réduction de la déformation, bien qu'elle soit généralement peu importante, il faut recourir à l'arthrodèse, puis à la mobilisation rapide.

Quand la luxation est complète, c'est toujours à l'arthrodèse qu'il faut s'adresser.

Il en est de même quand la luxation est ancienne et a déterminé des troubles fonctionnels importants, qui ont résisté au massage.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

L'Institut Pasteur de Lille vient de recevoir de M. le Ministre du Commerce la somme de 200.000 francs, prélevée sur le pari mutuel, à titre d'allocation annuelle. On ne peut qu'applaudir à l'heureuse inspiration qu'a eue le Ministre d'adresser ce subside important à un établissement, dont le bon fonctionnement intéresse au plus haut point la région, le renom de la France et les progrès de la science. Que notre collaborateur, le professeur CALMETTE, reçoive à cette occasion nos bien sincères compliments.

Ecole de médecine d'Amiens

M. le docteur MOULONGUET, professeur de pathologie externe, vient d'être nommé directeur, en remplacement du docteur PEUGNIEZ, démissionnaire.

Distinctions honorifiques

Sont nommés dans l'ordre de la **Légion d'Honneur.** — *Commandeurs* : M. le docteur MOZIER, médecin inspecteur, directeur de l'école du service de santé militaire. — *Officiers* : MM. les docteurs TACHARD et CAILLET, médecins principaux; MARTINO et MAZELLIER, médecins-major de l'armée; Mathias DUVAL, professeur à la faculté de médecine de Paris. — *Chevaliers* : MM. les docteurs LAYET, LACARRIÈRE, CARMOUZE, CHASTARY, JOUANNE, BOUSANET, VALINEC, CHOOC, SEGUIN, PARIN, médecins de la marine; LEMOINE, GARNIER, SIMOND, MARCHOUX, CAMAIL, médecins des colonies; GRÉHAUT, professeur au Muséum; FINOT, DURAND, FÉVRIER, LAFFARGUE et CAMENTRON, médecins militaires.

Officier de l'instruction publique : M. le docteur CAPITAN, de Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

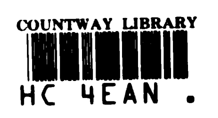
51e SEMAINE, DU 17 DÉCEMBRE AU 23 DÉCEMBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	10
3 mois à un an	7	6
1 an à 2 ans	2	7
2 à 5 ans	3	5
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	11
40 à 60 ans	16	11
60 à 80 ans	21	18
80 ans et au-dessus	6	4
Total	75	74

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	7	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»	14	25	10
Moulins, 24,947 hab.	»	3	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	10	17	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	2	»	»	3	2	1	»	»	2	»	»	»	»	1	11	24	21
Vauban, 20,381 hab.	»	4	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	8	16	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	7	3	2	»	»	3	1	»	»	1	»	8	28	12
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	8	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	5	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	6	14	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3
Total	»	10	»	»	»	2	»	7	30	11	6	»	»	12	1	»	»	1	1	68	149	108

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUI[N]


COUNTWAY LIBRARY
HC 4EAN .

